

Charles-Édouard Rengade
Michel Marie-Cardine

La psychothérapie : approches comparées par la pratique



ELSEVIER
MASSON

La psychothérapie : approches comparées par la pratique

Chez le même éditeur

Dans la même collection

Soigner les addictions par les TCC, par P. Graziani et L. Romo, 2013, 272 pages.

Applications en thérapie familiale systémique, 2e éd., par K. Albernhe & T. Albernhe, 2013, 248 pages.

Remédiation cognitive, par N. Franck, 2013, 256 pages.

Psychothérapie de soutien, par L. Schmitt, 2012, 256 pages.

Soigner par l'hypnose, par G. Salem et É. Bonvin, 5e éd., 2012, 352 pages.

Gestion du stress et de l'anxiété, par D. Servant. 3e éd., 2012, 248 pages.

Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives, par J. Palazzolo, 3e éd., 2012, 288 pages.

Sexualité, couple et TCC, par F.-X. Poudat, 2011 : volume 1. Les difficultés sexuelles, 248 pages ; volume 2. Les difficultés conjugales, 224 pages.

La thérapie d'acceptation et d'engagement. ACT, par J.-L. Monestès et M. Villatte, 2011, 224 pages.

Premiers pas en psychothérapie. Petit manuel du thérapeute, par L. Schmitt. 2010, 200 pages.

Intervention psychodynamique brève. Un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte, par J.-N. Despland, L. Michel, Y. de Roten, 2010, 232 pages.

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie, par M. Bouvard et J. Cottraux, 5e éd., 2010, 368 pages

Soigner par la méditation. Thérapies de pleine conscience, par C. Berghmans, 2010, 208 pages.

Anorexie et boulimie : approche dialectique, par J. Carraz, 2009, 252 pages.

Les psychothérapies : approche plurielle, par A. Deneux, F.-X. Poudat, T. Servillat, J.-L. Venisse, 2009, 464 pages.

L'approche thérapeutique de la famille, par G. Salem, 2009, 304 pages.

Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité, par M. Bouvard, 3e éd., 2009, 352 pages.

La relaxation – Nouvelles approches, nouvelles pratiques, par D. Servant, 2009, 188 pages.

TCC chez l'enfant et l'adolescent, par L. Vera, 2009, 352 pages.

Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation, par J.-C. Perry, J.-D. Gueffi, J.-N. Despland et B. Hanin, 2e éd., 2009, 184 pages.

Thérapies brèves : situations cliniques, par Y. Doutrelugne et O. Cottencin, 2009, 224 pages

Collection Pratiques en psychothérapie

Conseiller éditorial : Dominique Servant

La psychothérapie : approches comparées par la pratique

Charles-Édouard Rengade

Michel Marie-Cardine



**ELSEVIER
MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Illustrations de Clotilde Rengade

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2014, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-74148-7

e-ISBN : 978-2-294-74163-0

Dépôt légal : mars 2014

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Auteurs

Charles-Édouard Rengade, psychiatre, pédopsychiatre, addictologue et psychothérapeute en Thérapies Comportementales et Cognitives, responsable du service de psychiatrie pour l'Enfant et l'Adolescent du Nord Vaudois au CHUV (Suisse).

Michel Marie-Cardine, professeur émérite honoraire des Universités, ancien chef de service à l'hôpital du Vinatier (Bron), psychothérapeute de référence psychanalytique. Il a introduit en France avec O. Chambon l'approche intégrative et éclectique en 1991 et est président de l'Association française pour l'intégration et l'éclectisme en psychothérapie (AFIEP).

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier très chaleureusement pour leur contribution à l'élaboration de documents cliniques qui ont servi à la rédaction de certains chapitres de ce livre : le Dr Olivier Chambon (chap. 1, 6 et 7), le Dr Bernard Estrabol (introduction et chap. 5), le Dr Frédéric Fanget (chap. 7) et le Dr Yves Kossovsky (chap. 7).

Un immense merci à Ghislaine Tureau pour son soutien indéfectible et sa patience à toute épreuve !

À ceux et celles qui, par leurs gestes, leurs encouragements, leur discrète présence attentionnée et solidaire, soignent tant les âmes que les cœurs. Assistantes sociales, psychologues, infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes, étudiants en psychothérapie, vous avez su accompagner des patients et collaborer avec deux médecins qui vous expriment aujourd'hui leur gratitude pour tout le travail réalisé ensemble.

Avertissement

Il est évident que les cas présentés dans cet ouvrage ont été soigneusement transformés, tant pour préserver l'anonymat que la confidentialité des entretiens. Toute ressemblance avec une personne connue ou non serait purement fortuite.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier très chaleureusement pour leur contribution à l'élaboration de documents cliniques qui ont servi à la rédaction de certains chapitres de ce livre : le Dr Olivier Chambon (chap. 1, 6 et 7), le Dr Bernard Estrabol (introduction et chap. 5), le Dr Frédéric Fanget (chap. 7) et le Dr Yves Kossovsky (chap. 7).

Un immense merci à Ghislaine Tureau pour son soutien indéfectible et sa patience à toute épreuve !

À ceux et celles qui, par leurs gestes, leurs encouragements, leur discrète présence attentionnée et solidaire, soignent tant les âmes que les cœurs. Assistantes sociales, psychologues, infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes, étudiants en psychothérapie, vous avez su accompagner des patients et collaborer avec deux médecins qui vous expriment aujourd'hui leur gratitude pour tout le travail réalisé ensemble.

Avertissement

Il est évident que les cas présentés dans cet ouvrage ont été soigneusement transformés, tant pour préserver l'anonymat que la confidentialité des entretiens. Toute ressemblance avec une personne connue ou non serait purement fortuite.

Introduction

Cet ouvrage ne prétend pas proposer de nouvelles théories ou techniques de psychothérapie. Il en existe déjà beaucoup et il serait intéressant d'essayer de comprendre les raisons de cette profusion. Elle poserait probablement la question du processus de création en la matière et pourrait faire l'objet d'un autre travail. Notre intention est plutôt de présenter des cas cliniques de psychothérapie pour illustrer une approche différente, bien que déjà ancienne aux États-Unis puisqu'elle date de plus de trente ans, mais plus récente chez nous où nous l'avons adaptée à nos propres conceptions. Cette approche est basée sur le refus d'une attitude habituelle dans ce domaine que nous avons qualifiée de « procustéenne ».

Le lit de Procuste

Dans la mythologie grecque, Procuste, ou encore Procruste (Προχρούστης, du verbe Προχρῶω, qui signifie « allonger en frappant »), proposait aux voyageurs de passage le repos d'une nuit sur son unique lit de fer [3]. Une fois le voyageur assoupi, le bandit ajustait alors violemment le corps de son hôte à la taille du lit : tantôt il amputait les jambes de ceux qui étaient trop grands, tantôt il tirait les pieds de ceux qui étaient trop petits jusqu'à allonger leurs jambes. Heureusement, Thésée tua ce criminel, mais l'expression utilisée par Edgar Allan Poe dans sa nouvelle *La Lettre volée* (1844) [4] pour décrire les méthodes par trop rigides de la police parisienne dans sa recherche d'indices a survécu : « Il y a tout un ordre de moyens singulièrement ingénieux qui sont, pour le préfet, une sorte de lit de Procuste sur lequel il adapte et garrotte tous ses plans. Mais il erre sans cesse par trop de profondeur ou par trop de superficialité pour le cas en question. »

Par extension, nous combattons l'attitude procustéenne de certains psychothérapeutes qui imposent une technique fermée et rigide sans considérer la complexité de la singularité des patients. Nous défendons une démarche psychothérapeutique ouverte, en dialogue, pour adapter la technique aux besoins du patient, et non l'inverse [2,5].

Deux psychothérapeutes, un même lit

Charles-Édouard Rengade (C.E.R.). – Ce livre est le fruit d'un travail commun de plusieurs années et confronte deux pratiques cliniques, a priori différentes, mais partageant finalement la même éthique : le patient est au cœur de la rencontre. Nous ne voulons donc pas défendre la valeur d'une école de psychothérapie par rapport à une autre, mais au contraire les associer. Tous en gardant leur singularité, elles pourraient se nourrir de leurs différences et de leurs points communs.

Michel Marie-Cardine (M.M.C.). – Nous voulions dire d'emblée : « Halte au sectarisme ! » Oui, la technique ne doit pas contraindre le patient à s'y adapter. Ce livre propose donc une démarche multimodale, transthéorique. Mais nous souhaitons surtout proposer des pistes de réflexion et justement ne pas imposer une manière de penser tyrannique !

C.E.R. – Oui, le titre même de ce liminaire dialogué propose de mettre la théorie à distance, de prendre un peu de recul vis-à-vis d'elle pour donner plus de place aux patients.

M.M.C. – Le lit est le chevet du patient à l'hôpital, le lieu où il repose. Il est devenu un objet à la fois symbolique et central en matière de soins. Comme l'erg est l'unité de travail, le kilo l'unité de poids, le lit est l'unité hospitalière. Un hôpital est évalué par son nombre de lits, même si actuellement leur diminution drastique pose des problèmes d'organisation des politiques de santé.

C.E.R. – De plus, l'enseignement clinique universitaire se pratique « au lit du patient ».

M.M.C. – Effectivement, le mot vient du grec ancien *kline*, désignant la couche, puis le lit de table et enfin la bière où on dépose les morts... *Klinikos*, lui, désigne tout ce qui concerne le lit (le lit où se trouve le malade, le médecin qui soigne les malades dans leur lit, les soins dispensés au malade alité), ce qui a donné le terme français *clinique* [1]. La médecine clinique est celle qui a pour objet la personne malade. Le terme s'est étendu à la pratique des psychologues et des psychothérapeutes : notre pratique est clinique, car elle concerne directement la personne malade, même si paradoxalement un grand nombre de malades sont traités en ambulatoire, terme issu du verbe latin *ambulare* qui signifie marcher.

C.E.R. – Nous nous sommes donc retrouvés, tous les deux, « autour du même lit », c'est-à-dire partageant un savoir commun au service du patient et, surtout, respectant celui qui demande une aide psychologique, c'est-à-dire relationnelle, le plus souvent médiatisée par la parole.

Nous avons donc repris quelques cas cliniques de personnes malades traitées en psychothérapie, dont certains étudiés en supervision individuelle ou collective, parfois dans le cadre du diplôme universitaire de psychothérapie de Lyon (université Claude-Bernard, Lyon-I), et nous les avons retravaillés ensemble, les confrontant à nos théories et nos pratiques dans un esprit de recherche, en dehors de toute polémique, pour analyser les ressemblances, les différences, sortir d'une vision monolithique pour mieux comprendre. Cet ouvrage présente donc une étape de ce travail.

Selon la méthode que nous vous proposons ici et que nous retrouverons régulièrement au fil des différents chapitres, nous vous invitons à lire entièrement un extrait de séance et à répondre progressivement aux différentes questions que nous vous poserons. Dans un deuxième temps, nous vous proposerons une réponse qui reflète notre point de vue, notre expérience et qui n'est en aucune sorte un précepte à suivre aveuglément. Notre ambition est d'ouvrir à des solutions dans des situations de la pratique quotidienne alors enlisées.

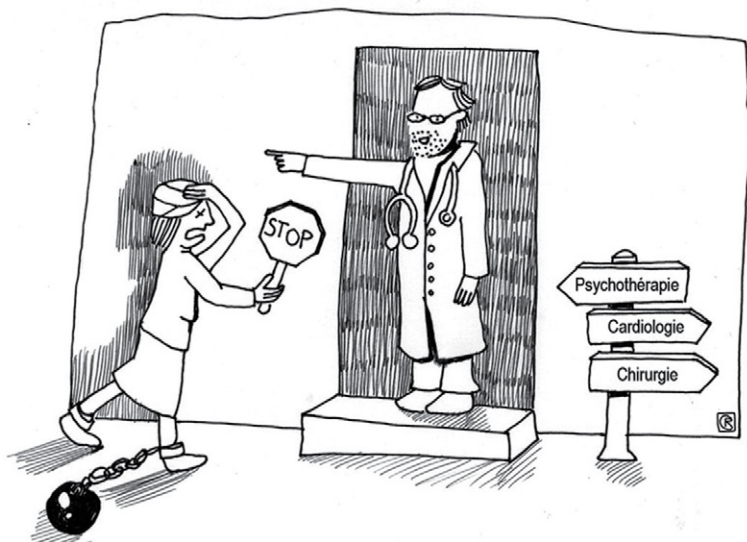
Références

- [1] Bailly MA. Dictionnaire grec-français. 11^e éd Paris: Hachette; 1929.
- [2] Chambon O. Psychothérapeutes procustéens et non procustéens, qui êtes-vous ? Actualités internationales en psychiatrie; 2003.
- [3] Hoefer F. Thésée et ses combats. In: Hoefer F, editor. Bibliothèque historique de Diodore de Sicile. Paris: Adolphe Delahays Librairie; 1851.
- [4] Poe EA. La Lettre volée. In: Poe EA, editor. Histoires extraordinaires. Paris: Garnier-Flammarion; 1993.
- [5] Rengade CE, Marie-Cardine M. L'éclectisme en psychothérapie. Sciences humaines 2009;15:76-7.



Les attentes du patient et du thérapeute

1 Une première consultation par un médecin



Nous présentons ici la troisième rencontre d'un médecin et de sa patiente. Il s'agit d'un cas de psychologie médicale ou de psychothérapie de type 2 selon notre classification [1,11] mettant en jeu des attitudes psychothérapiques de base dans un cadre hétérogène visant à traiter un symptôme d'expression corporelle recouvrant une demande d'aide psychologique bien présente, mais sous-jacente. Ce cas dépasse donc, par sa portée, celui de la seule psychologie médicale et tout psychothérapeute pourrait se retrouver dans une telle situation.

Il pose d'emblée trois problématiques principales qui sont essentielles au début d'une relation de soins et que nous vous invitons à découvrir et à désigner nommément.

Pour rappel, nous vous invitons à lire entièrement cet extrait de séance et à répondre progressivement aux différentes questions qui seront posées. Dans un deuxième temps, nous vous proposerons une réponse. Ici, dans ce cas clinique, nous allons vous demander de faire un exercice particulier : vous allez vous identifier tour à tour au médecin généraliste ou à la patiente et, à chaque intervention, vous imaginerez la réponse donnée. Après quoi, nous envisagerons les différentes façons de réagir aux dires de la patiente ou du médecin avec leurs avantages, leurs inconvénients et leurs raisons d'être.

Présentation de l'entretien

Le médecin (Dr) et Mme Dupond (Mme D.) : un cas de céphalalgie.

Partie 1

Dr. – Bien, Mme Dupond, après vous avoir soigneusement examinée, je ne relève aucune anomalie physique ou corporelle qui pourrait expliquer vos maux de tête. Si vous le voulez, nous pourrions en chercher ensemble une autre origine.

Mme D. – Comment cela docteur ? Vous voudriez me prescrire encore d'autres examens ?

Dr. – Non, pas tout à fait. Nous pourrions plutôt chercher ensemble ce qui dans votre quotidien pourrait y être relié.

Mme D. – Mon quotidien ! Qu'est-ce que vous voulez dire par là ?

Dr. – Souvent, les maux de tête sont l'expression d'émotions très fortes que l'on éprouve sous cette forme : peur, angoisse, soucis, traduisant des tensions importantes.

Question 1

En quoi les propos du médecin vous semblent, ou non, appropriés ici ? Auriez-vous envisagé une autre manière de répondre ? Laquelle ?

Partie 2

Mme D. – Est-ce que vous ne seriez pas tendu, docteur, si votre fils de quatorze ans revenait ivre presque chaque soir à la maison ?

Question 2

Comment le médecin doit-il répondre à la réaction un peu vive de la patiente ? À l'opposé, quelles réponses aurait-il fallu surtout éviter ? Pour quelles raisons ?

Partie 3

Dr. – Oui, Mme Dupond, le problème que vous avez avec votre fils a certainement pu causer vos maux de tête. Voyons, vous avez dit que vos maux de tête ont commencé il y a à peu près deux mois...

Mme D. – C'est quand Bernard a commencé à boire, du moins c'est quand je l'ai su. Il a quatorze ans et il est déjà comme son père. Au moins, son père boit seulement le week-end quand il n'est pas au travail. Bernard va se faire renvoyer du lycée s'il continue. Il sort chaque soir avec ces clodos qu'il appelle ses amis et, le matin, il a la gueule de bois et il ne peut pas aller en classe avant midi. Qu'est-ce qu'il a qui ne tourne pas rond, docteur ? Qu'est-ce qui peut bien leur passer par la tête quand ils se conduisent de cette manière ?

Question 3

De même ici, quelle est la réponse attendue de la part du médecin ? Quelles autres formes de réponses seraient à proscrire ?

Partie 4

Dr. – Ça dépend Mme Dupond, mais souvent la décision de boire, comme toutes les autres décisions que les gens prennent, est vue sur le moment comme une manière de résoudre un problème.

Mme D. – S'il a un problème, pourquoi ne vient-il pas m'en parler ? Je suis sa mère. Je ferais n'importe quoi pour l'aider. Je ne sais pas ce qu'ont les jeunes d'aujourd'hui. Nous, on ne se conduisait pas comme ça, autrefois.

Question 4

À votre avis, quelles sont les motivations profondes de la patiente quand elle pose cette question ? Quel message transmet le médecin en formulant sa question en réponse ?

Partie 5

Dr. – Est-ce qu'il est déjà venu vous parler de ses problèmes dans le passé ? En a-t-il parlé à son père ?

Question 5

Que dites-vous de cette réponse ?

Partie 6

Mme D. – Pas vraiment. Son père ne parle pas beaucoup. Il est colérique. Comme vous dites, il règle ses problèmes avec de la bière, et ce n'est pas là qu'il va parler quand il est rond ou bien quand il dort dès qu'il rentre. Moi-même, je n'ai pas non plus vraiment parlé avec Bernard. Parfois, j'ai l'impression que je ne connais pas ce garçon. La seule personne avec qui il parle volontiers, c'est sa sœur aînée, mais elle s'est mariée et elle est partie de la maison.

Dr. – Il y a combien de temps que sa sœur s'est mariée ?

Question 6

Quel risque induit la réponse de la patiente chez le thérapeute ? Quel changement d'attitude repérez-vous chez Mme Dupond ?

Partie 7

Mme D., *avec plein de rancœur*. – En août, il y a quatre mois. C'est pour ça qu'il est si malheureux. Je le sais bien. Mais ce n'est pas normal. Je suis sa mère. Il aurait dû venir me parler de ses problèmes et laisser sa sœur faire sa vie. Je lui ai parlé de Bernard et elle m'a dit de le laisser venir habiter chez elle et son mari Philippe. Elle dit que, avec elle, il irait bien et que Philippe n'y verrait pas d'inconvénient, mais je ne sais pas si c'est bien. Qu'en pensez-vous docteur ?

Dr. – Les choses ne se sont pas passées comme vous l'espériez, n'est-ce pas ?

Question 7

Pour quelles raisons le médecin donne-t-il cette réponse ?

Partie 8

Mme D. – Ça, c'est sûr. J'ai dû assumer à la fois le rôle du père et de la mère pour ces enfants, et maintenant ils n'ont qu'une envie, c'est de partir. Ce n'est pas juste.

Dr. – C'est une situation très compliquée. Maintenant que vous m'en avez parlé, je ne suis pas surpris que vous ayez des maux de tête.

Question 8

Finally, où se situe la souffrance de Mme Dupond ? Que pensez-vous du recentrage que formule le médecin dans sa réponse ?

Partie 9

Mme D. – Mais qu'est-ce que je dois faire, docteur ?

Dr. – Comme je le disais, c'est compliqué, et la seule chose dont je sois sûr, c'est qu'il n'y a pas de solutions simples. D'après ce que vous m'avez dit, le problème d'alcool de Bernard est le sommet de l'iceberg, et cela implique la relation entre vous et votre mari, l'alcoolisation excessive de votre mari, la relation avec votre fille, et sûrement d'autres aspects de la situation familiale que nous n'avons pas encore évoqués. Franchement, Mme Dupond, ce n'est pas mon domaine, et je me demande s'il ne serait pas mieux que vous vous adressiez à un spécialiste de ce genre de problème pour savoir ce qui a besoin d'être fait.

Question 9

Que repérez-vous dans l'attitude du médecin ici ?

Partie 10

Mme D. – Je ne veux pas aller voir quelqu'un d'autre. Est-ce que vous pouvez, vous, m'aider ? J'ai confiance en vous. Vous êtes mon docteur. Je n'irai pas voir quelqu'un d'autre !

Dr. – Avez-vous, vous-même, une idée sur la façon dont je pourrais vous aider ?

Mme D. – Mais c'est vous le docteur !

Dr. – Oui, je suis le docteur que vous êtes venu voir à cause de vos maux de tête. Mais maintenant, nous avons découvert que de toute évidence ces maux de tête ont une origine émotionnelle, c'est-à-dire que vous êtes à bout à cause de l'alcoolisation de votre fils. Il semble aussi que derrière le comportement de votre fils, tout un ensemble de problèmes demande notre attention. Mon conseil est de consulter un spécialiste dans ce domaine. Vous avez décidé de ne pas le faire, jusqu'à maintenant du moins. Je n'ai vraiment aucune autre suggestion, et j'aimerais vraiment savoir si vous en avez une.

Mme D. – Je n'y ai jamais pensé de cette manière. Je suppose que personne ne peut rien y faire.

Dr. – Je ne serais pas surpris que ce soit ce que Bernard pensait quand il s'est mis à boire : que personne ne pouvait rien y faire ! Alors, pourquoi ne pas boire et oublier, au moins pour le moment ?

Question 10

Qu'est-ce qui explique l'attitude de la patiente ? Que fait le médecin en symétrie ?

Partie 11

Mme D. – Mais il a toute sa vie devant lui. Il ne devrait pas penser comme cela.

Dr. – Je suis d'accord avec vous, mais comment peut-on l'aider ? Comment peut-on l'empêcher de gâcher toute sa vie ?

Mme D. – Peut-être pourriez-vous lui parler ? Il vous dirait peut-être ce qui ne va pas. À moi, il ne veut pas le dire. Tout ce qu'il dit c'est : « Fous-moi dehors si tu veux, mais laisse-moi tranquille ! »

Dr. – Bien, je n'élimine en aucune manière la nécessité d'avoir recours à une aide spécialisée à long terme, mais pour le moment, si vous le voulez, je peux parler à Bernard pour voir quel éclairage il peut apporter à la situation.

Mme D. – Mais comment est-ce que je vais réussir à le faire venir vous voir ? Est-ce que je dois lui dire qu'il doit venir vous voir pour un bilan de santé ou quelque chose de ce genre ?

Dr. – Non, je pense que ce serait bien mieux que vous lui disiez sans détour que vous savez que son alcoolisme est le signe d'une profonde souffrance, qu'il est souvent difficile pour un garçon de son âge de parler librement avec ses parents, que cela pourrait être une bonne idée de parler à un professionnel comme moi qui voudrait l'aider et qui peut écouter sa version des faits.

Mme D. – Et s'il ne veut pas venir ?

Question 11

Que pensez-vous du déplacement du sujet de la discussion sur la personne du fils ? Pour quelles raisons le médecin accepte-t-il de rencontrer Bernard ? Qu'est-ce qui pousse Mme Dupond à formuler ses réponses ?

Partie 12

Dr. – La conduite de Bernard est un appel à l'aide. Apparemment, il ne peut pas discuter de son malaise avec vous ou son père, mais, à la place, il se conduit d'une manière qui montre qu'il a un réel problème. Et bien que cela vous conduise à vous demander ce qui ne va pas et ce qui peut être fait pour lui, je doute vraiment qu'il rejette l'opportunité d'être écouté. Mais avant que vous lui parliez, vous devez être vous-même convaincue que vous désirez une aide extérieure pour lui et que votre ressentiment, compréhensible, qu'il ne se soit pas tourné vers vous ne vienne pas mettre quelque réserve quand vous lui conseillerez de venir me voir.

Mme D., *se levant de sa chaise et commençant à se diriger vers la porte.* – Peut-être que je ferais mieux de parler à sa sœur en premier. Elle sait ce qui marche avec lui.

Dr. – Je pense que ça peut être une bonne idée. Tenez-moi au courant de ce qui se passe afin qu'on puisse en reparler plus en détail. Au revoir, Mme Dupond.

Mme D. – Au revoir docteur. Est-ce que vous pensez qu'on est arrivé à quelque chose ?

Dr. – Attendons de voir ce que vous et votre fille aurez trouvé. Mais tenez-moi bien au courant. Au revoir, Mme Dupond.

Question 12

Que formule implicitement le médecin ici dans sa première réplique ? Que pensez-vous de sa façon d'achever la rencontre ?

Question 13

Il n'est pas question de règlement d'honoraires dans cette situation. Est-ce que vous pensez que le médecin aurait dû demander des honoraires ? Et comment ?

Question 14

Alors, avez-vous repéré les trois grandes problématiques posées par ce cas ?

Commentaires et réponses aux questions

Question 1

En quoi les propos du médecin vous semblent, ou non, appropriés ici ? Auriez-vous envisagé une autre manière de répondre ? Laquelle ?

Le médecin est passé trop rapidement d'une hypothèse organiciste à l'hypothèse d'une psychogenèse. En effet, dans sa démarche diagnostique, il a séparé, comme d'usage, le corps de l'esprit, éliminant toute lésion organique, il ne retient que l'hypothèse d'un trouble psychologique. Pourtant, les deux hypothèses restent liées. Ainsi, il est classique d'observer des patients, préoccupés par leurs soucis, se plaindre d'une céphalée qui a un support physiologique tel qu'une majoration de leur tension artérielle intracrânienne. Ce médecin, comme très souvent, oppose les facteurs psychologiques et les facteurs organiques. On a nommé cette dichotomie artificielle et conceptuelle « l'imbroglia psychosomatique [5] ». L'imbroglia, ou l'impasse psychosomatique dans cette conception-là, sépare catégoriquement en les opposant le fonctionnement psychique du fonctionnement somatique. Dans la réalité clinique, il s'agit de considérer ces deux niveaux qui sont étroitement liés. Malgré la prépondérance d'une hypothèse psychologique, il faut garder à l'esprit la répercussion organique qui pourrait se développer en deuxième temps, et inversement. Aujourd'hui, la conception de trouble psychosomatique, très discutée par Dantzer [3], a évolué vers son implication dans le modèle biopsychosocial [4], plus dimensionnel, moins dualiste, plus moniste. Les troubles psychosomatiques sont multifactoriels : par exemple, les émotions se produisent de manière concomitante avec des modifications du système nerveux et peuvent déclencher des lésions organiques par la médiation du système immunitaire, comme le suppose l'hypothèse du stress oxydatif.

Sur le plan de la technique de l'entretien, évitez de dire : « Vous n'avez rien » et de considérer la question comme close.

Préférez la stratégie suivante : indiquez que la douleur est légitime et qu'il doit y en avoir une autre explication, invitant implicitement le patient à en parler. Il existe un tabou culturel de l'expression des

difficultés émotionnelles, surtout vis-à-vis du médecin ne se préoccupant, selon les a priori du client, que de troubles organiques. Il est nécessaire que ce dernier invite directement et activement le patient à s'exprimer. Par exemple, si l'on demande juste à un patient souffrant de diabète présentant une hyperglycémie inexpliquée : « Y a-t-il autre chose dont vous voudriez me parler ? » ou, pour la forme, « Des problèmes, des ennuis en ce moment ? », alors le résultat sera habituellement une réponse négative. À l'inverse, le même patient extériorisera probablement son anxiété en réponse à une question qui lui permette de sauver la face : « Nombre de mes patients se rendent compte que leur glycémie échappe à leur contrôle quand ils ont dû faire face à des contrariétés. Peut-être vivez-vous des moments difficiles à la maison, au travail ou dans d'autres domaines de votre vie ? »

Question 2

Comment le médecin doit-il répondre à la réaction un peu vive de la patiente ? À l'opposé, quelles réponses aurait-il fallu surtout éviter ? Pour quelles raisons ?

Évitez de répondre directement à la question du patient telle qu'elle est formulée. Le médecin doit chercher un rapport collaboratif, c'est-à-dire trouver un terrain de travail et d'échange commun. Il convient, à ce stade, de différencier le terme de réactance de celui de résistance.

La réactance correspond à l'opposition directe et affichée du patient, alors que la résistance, plus indirecte et implicite, correspond à tous les processus inconscients qui entravent la progression du traitement [2].

Le thérapeute ne doit pas considérer les défis ou les sarcasmes provenant d'un patient en difficulté comme une attaque personnelle. La réponse : « Est-ce que vous ne seriez pas tendu, docteur... » est assez typique de cette expression de la souffrance. Au lieu de prendre ombrage du ton de la patiente, ou de tenter de répondre personnellement alors que la question semble le susciter, le médecin doit plutôt répondre à la préoccupation sous-jacente au propos, c'est-à-dire, ici, les préoccupations masquées : « Étant donné mes problèmes, je n'ai pas à avoir honte de venir vous demander de l'aide, n'est-ce pas, docteur ? » Mme Dupond a répondu avec agressivité comme si elle s'attendait à un rejet de la part du médecin, comme si elle souffrait d'un problème psychologique : problème déconsidéré, car irrationnel, non organique, selon elle et selon certains médecins. Ainsi, sa réponse s'apparente à un défi, à une implication personnelle du médecin. Par là, la patiente signifie implicitement : « Mon fils boit et cela me crée beaucoup de tension » et, en outre, place le médecin au même niveau qu'elle. Elle court-circuite le statut professionnel de son interlocuteur en s'adressant à lui directement comme personne, signifiant ainsi sa crainte de ne pas être comprise par le personnage médical. En face, le médecin pourrait se considérer comme rabaisé ou comme l'objet d'une intrusion dans son champ personnel, ou sa « bulle narcissique » pour reprendre l'expression d'E. T. Hall (1914-2009), ce qui pourrait provoquer une réaction de défense de sa part.

Pour mieux comprendre

La *proxémie* correspond à la distance physique entre deux interlocuteurs. Cette distance est déterminée culturellement (tableau 1.1).

Préférez la stratégie suivante : la réponse se formule en fonction de l'intention sous-jacente à la question en prenant en compte la signification personnelle de la patiente.

Tableau 1.1

Les distances chez l'homme occidental, d'après E. T. Hall

Distance	Conséquences perceptives	Particularités comportementales	Circonstances
Distance publique > 3,60 m	<ul style="list-style-type: none"> – Vision globale, mais lointaine du corps – Sans détails du visage 	<ul style="list-style-type: none"> – Voix élevée – Discours formel avec recherche de construction grammaticale et syntaxique 	<ul style="list-style-type: none"> – Cérémonies officielles ou conférences – Discours de personnalités importantes
Distance sociale 3,60 m à 1,20 m	<ul style="list-style-type: none"> – Sensation plus nette de la présence corporelle d'autrui – Nécessité de maintenir le regard 	<ul style="list-style-type: none"> – Voix légèrement élevée – Impossibilité d'avoir une emprise physique sur autrui 	<ul style="list-style-type: none"> – Réunions informelles ou négociations professionnelles – Rencontres dans un bureau – Travail à plusieurs dans la même pièce sans gêne ni impolitesse (en silence)
Distance personnelle 1,20 m à 45 cm	<ul style="list-style-type: none"> – Impossibilité d'une vision globale du corps – Perception précise du visage (cils, duvets, texture de la peau...) 	Possibilité de se saisir d'autrui, d'avoir une emprise physique sur lui	<ul style="list-style-type: none"> – Contacts proches ou amicaux – Échanges sur des sujets personnels
Distance intime 45 cm à contact	<ul style="list-style-type: none"> – Vision déformée ou brouillée du visage (nez allongé, iris agrandi...) – Perception de l'odeur, de la chaleur de la peau, du rythme respiratoire... 	<ul style="list-style-type: none"> – Voix basse ou murmure – La communication non verbale l'emporte sur la parole – Le contact physique ou son imminence probable domine la conscience des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> – Réconfort ou protection – Lutte – Acte sexuel

L'acceptation de la légitimité des symptômes et la volonté clairement exprimée du médecin d'en savoir plus à leur propos donnent à la patiente la liberté d'aller plus loin. Celle-ci peut ainsi se laisser guider par la recherche d'un lien possible entre le début de ses maux de tête et l'alcoolisation de son fils.

Question 3

De même ici, quelle est la réponse attendue de la part du médecin ? Quelles autres formes de réponses seraient à proscrire ?

La patiente pose une de ces questions impossibles qui, si le médecin essaie d'y répondre, risquent de le rendre mal à l'aise ou évasif puisqu'il va essayer de trouver une réponse appropriée évitant un lieu commun. N'essayez donc pas d'y répondre directement, mais préférez la stratégie suivante.

Le médecin a profité de la question de la patiente pour introduire un concept qui est la base de la psychothérapie, c'est-à-dire : à la différence des troubles organiques, les maladies psychiques consistent en des ensembles de pensées et d'actions qui servent un but. La plainte ou le problème sont alors le résultat de prises de décisions pour affronter des situations qui débordent les mécanismes de défense habituels, ou les modes de résolution de problèmes selon les conceptions. Le médecin suggère à la patiente que l'alcoolisation de son fils est seulement un symptôme et non le problème principal, bien qu'il soit légitimement préoccupant. Ce problème derrière le problème, pour ainsi dire, doit être traité avec l'hypothèse suivante : quand les difficultés qui auront conduit son fils à boire seront résolues, l'alcoolisation cessera, sauf si ce dernier est déjà alcoolodépendant.

Question 4

À votre avis, quelles sont les motivations profondes de la patiente quand elle pose cette question ? Quel message transmet le médecin en formulant sa question en réponse ?

L'alcoolisation du fils semble être un affront pour l'estime de soi de la patiente : elle a peur que ce soit perçu comme le reflet de son incapacité à être une bonne mère. Elle tente de persuader son médecin que ce n'est pas elle qui doit être blâmée, mais plutôt le mode de vie actuel des jeunes. Il ne faudrait ni acquiescer ce qui renforcerait son attitude ni désapprouver ce qui pourrait la culpabiliser.

Il vaudrait mieux recourir à la stratégie suivante :

Utilisez cette opportunité pour vous informer des modes relationnels habituels dans la famille. Cette manière de faire fournirait un point de comparaison avec la situation actuelle ; elle permettrait de connaître les ressources de la famille. De plus, en évoquant le père dans la discussion, le médecin reconnaît indirectement qu'après tout la patiente n'est pas seule à être responsable de l'éducation des enfants, anticipant sa peur d'avoir à porter le fardeau des difficultés de son fils.

Ici encore, nous pouvons souligner que l'approche indirecte par des suggestions empreintes de tact évite la confrontation directe avec la patiente.

*Question 5**Que dites-vous de cette réponse ?*

En posant cette question, le médecin présuppose que Mme Dupond est une bonne mère et implicitement renforce son estime d'elle-même ou son narcissisme. Cette réponse accentue le soutien que le médecin propose. En même temps, ce dernier n'oublie pas le père : son évocation introduit un tiers entre la patiente et son fils et permet donc une triangulation.

Pour mieux comprendre

La *triangulation*, selon la psychanalyse, désigne la situation dans laquelle se trouve l'enfant pendant la période œdipienne de son développement, dans un conflit d'attachement et de choix d'objet par identification, entre son père et sa mère : enfant, père et mère représentent métaphoriquement les sommets d'un triangle au sens géométrique. En psychanalyse et dans les techniques psychothérapiques qui s'en inspirent, le thérapeute repère les difficultés de la période œdipienne que le patient y revit, difficultés donc à trianguler, c'est-à-dire à trouver sa place entre ses deux parents. Il l'amène à trianguler, c'est-à-dire à reconnaître et à analyser ses difficultés revécues par le souvenir et le fantasme, dans la cure, de façon inconsciente, s'exprimant par ses symptômes.

Il conviendrait de ne pas se précipiter sur les difficultés conjugales qui, probablement chroniques, ne paraissent pas directement liées à l'apparition des maux de tête. Cependant, on voit se dessiner toute une problématique familiale.

Nous préférons nous intéresser aux changements plus récents et donc plus susceptibles d'être reliés au problème actuel. Par sa question, le thérapeute souhaite tester l'hypothèse que le recours à l'alcool du fils pourrait être consécutif au départ de sa sœur, seule personne de la famille à laquelle il pouvait se confier.

*Question 6**Quel risque induit la réponse de la patiente chez le thérapeute ? Quel changement d'attitude repérez-vous chez Mme Dupond ?*

Mme Dupond commence à s'ouvrir, à se confier au médecin, car il a manifesté d'une façon continue sa volonté de l'écouter sans la blâmer. En effet, elle parle ouvertement de la dynamique des relations familiales tout en affichant indirectement son accord aux propositions de son médecin par l'utilisation des mêmes termes que lui : « Comme vous dites, il règle ses problèmes avec de la bière. »

La patiente s'installe dans la dépendance vis-à-vis du médecin. Elle s'installe aussi dans une attitude transférentielle.

Pour mieux comprendre

Attitude transférentielle : selon la psychanalyse, l'attitude transférentielle s'inspire du transfert, mais ce dernier est un terme exclusivement réservé à la cure psychanalytique, car il en est l'essence même, en particulier parce que tout vient du patient, le thérapeute n'intervient pas. Dans la relation du médecin avec Mme Dupond, cette attitude transférentielle est un mode relationnel au sein d'une situation plus complexe parce qu'impliquant autant Mme Dupond que le médecin lui-même, car il intervient dans la relation. Par définition, l'attitude transférentielle comporte la réactivation et la projection sur la personne du médecin, des attitudes autrefois adoptées vis-à-vis des parents et des éducateurs. Pour P. Jeammet [6] : « On a là une conception large et extensive du terme de transfert qui désigne l'investissement affectif réciproque des deux parties. »

Ici, Mme Dupond tend à se comporter, vis-à-vis du médecin, comme une petite fille qui demanderait des conseils à son père, tout ceci n'étant bien sûr qu'analogique, c'est-à-dire qu'il existe toujours une distance entre la reviviscence du passé et la situation actuelle.

En face, le médecin répond habilement. Dans une situation typiquement psychanalytique, il garderait le silence pour laisser la patiente trouver elle-même sa réponse. Mais ici, nous sommes en médecine générale et Mme Dupond ne répond absolument pas aux critères d'une indication de psychanalyse. Le médecin doit lui répondre. Elle ne comprendrait pas qu'il en soit autrement. Mais au lieu de répondre directement sur un chapitre sur lequel il ne doit pas se prononcer, c'est-à-dire donner un conseil ayant trait aux affaires de la famille, il répond plutôt d'une manière décalée, sur un mode anaclitique et empathique, sur le fond et non sur la forme, au problème posé par la malade. Elle est en difficulté, elle a besoin d'être comprise et de sentir que le médecin est prêt à l'aider de cette façon. La réponse du médecin est une réponse d'étayage, de soutien.

Le risque toutefois serait l'instauration d'un transfert massif et d'une dépendance : le médecin doit s'interroger sur ses intentions à poursuivre ou non son travail avec la patiente, sinon il court le risque de se laisser submerger par cette dernière.

À travers cette attitude transférentielle apparaît une indication de psychothérapie. Mme Dupond a besoin du médecin pour s'éclairer, se soulager et trouver une solution. Une relation se crée ainsi qu'une alliance thérapeutique.

La question est de savoir qui conduira cette psychothérapie. L'erreur possible serait de laisser la patiente s'enliser dans la relation alors que le médecin n'envisagerait pas de la prendre en charge.

Ce point représente la clé de voûte de cet entretien avec la question de l'envoi vers le psychothérapeute si le médecin n'envisage pas de conduire lui-même le traitement. Il doit présenter le psychothérapeute comme le prolongement de lui-même, une sorte d'alter ego narcissique ou de person-nage complémentaire. Plusieurs solutions s'offrent à lui : soit de manière directive, il téléphone devant la patiente à son confrère sans lui laisser le choix, soit, de manière collaborative, le psychothérapeute et le méde-cin se rencontrent au cours d'une séance commune avec la patiente. De toute façon, il conviendrait d'envoyer au minimum un courrier marquant le lien et la continuité dans la relation. En parallèle, il serait souhaitable que le médecin reste le médecin généraliste de la patiente. Il introduirait ainsi un allié, un tiers qui prolongerait et compléterait son travail sans l'abandonner, créant ainsi, en même temps, les conditions d'une thérapie bifocale.

Question 7

Pour quelles raisons le médecin donne-t-il cette réponse ?

Le médecin ne répond pas directement à la question. Une réponse directe l'amènerait à s'immiscer dans les affaires familiales, ce qui serait contraire aux bonnes pratiques de déontologie (cf. serment d'Hippocrate). Par ail-leurs, une telle réponse encouragerait la patiente à poser des questions de plus en plus pressantes, sollicitant son avis sur des sujets de plus en plus intimes, renforçant toujours un peu plus sa dépendance. À l'opposé, une réponse indirecte conduit la patiente à élaborer ses propres réponses comme le propose Shea [10] : « L'une des approches les plus fréquentes consiste à répondre directement sur le contenu de la déclaration du patient [...]. Face à une résistance : réagir au processus à l'origine de la question » (p. 573), l'accompagnant ainsi vers plus d'autonomie et permettant de développer le processus psychothérapeutique sans l'enrayer par des conseils éducatifs.

Quand le médecin formule sa réponse, il prend du recul ou de la distance. Il lui montre qu'il comprend que la difficulté pour elle repose plus sur la remise en question de sa place de mère, c'est-à-dire son narcissisme mater-nel ou son estime de soi, ce qui était déjà apparu précédemment quand il lui a demandé si son fils était venu la trouver pour parler de ses problèmes.

Pour mieux comprendre

Narcissisme : il en existe plusieurs conceptions dans différentes disciplines. D'une manière très simplifiée, en psychanalyse où il en existe aussi diffé-rentes versions, en se référant au mythe grec de Narcisse qui lui donne son nom, c'est « l'amour porté à l'image de soi-même [8] » ou l'investissement libidinal du moi, en termes plus techniques. Cette fonction psychique est le fondement de la personnalité. Son excès ou son insuffisance sont considé-rés comme étant à l'origine de nombreuses formes de pathologie, comme la dépression qui est l'expression d'une forme de souffrance narcissique. Dans d'autres théories, on parle plutôt de l'estime de soi.

La justesse de sa réaction est prouvée par la réponse de la patiente qui va suivre.

Elle confirme ainsi l'hypothèse étiologique qu'il avait formulée plus haut et qu'elle avait déjà acceptée très rapidement.

Le médecin, par sa réflexion, prépare son intervention ultérieure. Il a, certes, su capter la confiance de sa patiente. Il a déjà engagé avec elle une relation de type psychothérapique, mais elle s'est déjà installée dans une grande dépendance à son égard, comme le font souvent les patients anxieux et dépressifs. Le problème est maintenant qu'il va falloir lui faire accepter une psychothérapie, mais réalisée par un autre praticien.

N'envisageant pas de la prendre en charge lui-même, le médecin aurait dû le prévoir dès le départ et orienter quelque peu différemment l'entretien, de façon à ne pas trop laisser s'installer une attitude transférentielle et préparer ainsi la malade à accepter d'aller rencontrer un autre praticien. Il y a eu là de la part de ce médecin, qui par ailleurs fait preuve d'une bonne écoute et d'interventions pertinentes, une erreur de tactique qui va rendre plus difficile la fin de cet entretien.

Question 8

Finalement, où se situe la souffrance de Mme Dupond ? Que pensez-vous du recentrage que formule le médecin dans sa réponse ?

Tout le travail du médecin a été jusqu'ici de conduire Mme Dupond à explorer les implications psychologiques de ses céphalées. Élargissant la problématique du symptôme à une problématique familiale, Mme Dupond réalise progressivement qu'elle souffre dans sa place de mère mal reconnue. Le thérapeute doit bien se garder de chercher une cause directe et absolue à la plainte d'une patiente dans un déterminisme linéaire, c'est-à-dire du type : A donne B. Ici, le médecin ramène la patiente à son symptôme, certes, mais dans un déterminisme circulaire avec tout ce qu'il porte de signification psychique. Il boucle ainsi la plainte de la patiente dans une perspective psychogénétique, mais appuyée sur un ensemble d'hypothèses psychologiques et non une seule en particulier. Le médecin ramène la patiente à son symptôme après tout un travail de déploiement de ce dernier pour le restituer, avec maintenant la connaissance des difficultés qui se nichent dans ses plicatures, ce qui représente un élément supplémentaire à l'indication d'une psychothérapie.

Toutes ces hypothèses doivent être entendues comme une série de possibilités interagissant les unes avec les autres, mais il reste tout à fait impossible de pouvoir dire laquelle prédomine. La question de la cause première a été bien étudiée par les linguistes, notamment Ferdinand de Saussure selon qui la langue originelle n'est pas près d'être découverte ; par contre, l'étude de l'histoire des langues montre les influences et les détours qu'elles ont pris les unes avec les autres pour se développer. La lettre γ dans l'alphabet français serait apparue au cours de la réalisation d'enluminures au Moyen Âge lorsque les moines reproduisaient le u grec ou upsilon avec force volutes [7].

Ainsi, la langue s'est radicalement transformée sans que l'origine première de cette évolution fût connue. De même, dans la complexité des étiologies circulaires envisageables, chaque événement occurrent remanie l'ensemble de la psychopathologie.

Plus important encore à ce stade se dégage l'indication d'une psychothérapie. Le médecin doit en décider d'autant que la malade collabore et est bien impliquée dans l'entretien. Elle a complètement accepté et validé l'hypothèse de la psychogenèse de ses céphalées. Spontanément, il serait tentant de continuer dans cette direction.

D'un côté, les éléments pour poser les indications d'une psychothérapie sont réunis avec l'acceptation de la psychogenèse des maux de tête par la patiente et l'expression de son désir ou sa motivation à poursuivre un processus de soins dans cette voie.

D'un autre côté, la mise en place de cette psychothérapie doit être clarifiée : qui doit la mener et comment ? Si le médecin n'envisage pas de s'en charger lui-même, il doit dès maintenant la transférer ailleurs. Comment faire ? Il se pose le problème général de l'envoi d'un(e) patient(e) vers un psychothérapeute, ce qui suppose l'observation des règles suivantes :

- Le médecin doit expliquer que c'est lui qui en fait la demande, qu'il requiert l'avis d'un confrère pour éclairer une difficulté qu'il n'a pas la compétence de traiter. De cette façon, il atténue le vécu d'abandon ou la culpabilité de la patiente. S'il lui imposait de rencontrer un psychothérapeute, elle pourrait se croire atteinte d'une maladie mentale ou, ce qui est le cas ici, abandonnée par son médecin et opposerait son refus.
- Le médecin doit verbaliser cette proposition dans la continuité de l'alliance thérapeutique déjà établie.
- Il doit aménager la transition soit en proposant une consultation confraternelle avec la patiente, soit en réalisant une prise de contact conjointe par un appel téléphonique ou la rédaction d'un courrier de liaison en présence de la patiente et après avoir obtenu son choix.

Question 9

Que repérez-vous dans l'attitude du médecin ici ?

Le médecin tente de se dépêtrer de la situation, s'apercevant de l'avidité de la patiente et de sa dépendance à son égard. Il se trouve soudain mal à l'aise, se rendant compte de son erreur. Il n'a pas su ménager la transition et conduire l'entretien (ce qui est, du reste, difficile) vers la solution de l'orientation auprès d'un autre psychothérapeute. Il va donc commettre plusieurs maladresses.

Il tente de se débarrasser de la patiente en la rejetant pour des motifs personnels bien compréhensibles, mais qui ne sont pas légitimes techniquement. Il répond d'une manière agressive et vraiment inopportune, en comparant la réponse de la patiente à celle qu'aurait pu faire son fils, Bernard, adolescent. Il entraîne ainsi inutilement une blessure d'amour-propre.

Dans un second temps, il accepte finalement la proposition de la malade qui lui demande de rencontrer son fils, alors qu'il s'agit d'une demande indirecte de sa part. Elle tente désespérément de se raccrocher à lui par l'intermédiaire de son fils : « Si vous ne voulez plus vous occuper de moi [directement], occupez-vous au moins de mon fils [c'est-à-dire de moi, à travers mon fils]... » Il continuerait ainsi de la voir, à travers son fils. D'ailleurs, comme attendu, le médecin ayant accepté de voir le fils, elle multiplie les objections et les obstacles, entravant la mise en place de cette solution et signifiant que c'est bien elle qui veut continuer à venir en consultation.

Question 10

Qu'est-ce qui explique l'attitude de la patiente ? Que fait le médecin en symétrie ?

La réaction de la patiente ne se fait pas attendre. Alors qu'un climat de confiance s'était instauré, voilà que subitement elle se sent rejetée. Elle réagit donc d'une manière vive par le refus. Elle affirme explicitement et avec force sa confiance dans le médecin et son appropriation – « Vous êtes *mon* docteur » –, signe d'un attachement très fort. Le médecin peut alors mesurer son erreur. Il ne faut pas laisser s'installer une telle relation si le médecin n'est pas sûr de pouvoir prendre en charge son patient. Son rejet peut entraîner une rechute qui possédera toutes les caractéristiques de l'iatrogénie avec, par exemple, la réapparition de céphalées.

Pour mieux comprendre

L'iatrogénie est la production de troubles morbides par des médicaments ou des attitudes médicales inappropriées ou mal adaptées.

Après avoir insisté, la patiente se résigne progressivement. Cette résignation annonce un mouvement dépressif. Pourtant, le médecin persiste dans son attitude de rejet en exprimant son agressivité par sa dernière intervention particulièrement maladroite. Ce rejet est motivé par deux raisons : d'une part, il appréhende une relation envahissante, lourde, ingérable, car il ne s'estime a priori pas assez formé ou compétent dans une simple attitude d'écoute, de soutien et d'empathie. D'autre part, il a été froissé par le refus de sa prescription par la patiente.

De manière plus nuancée, cette dépendance est positive : la patiente doit être orientée vers une psychothérapie assurée par autre praticien. Le médecin apparaît visiblement embarrassé par la demande. Mieux formé, il aurait pu entreprendre une psychothérapie d'écoute, de type 2 ou de soutien, bienveillante et chaleureuse qui aurait déjà pu apporter des bénéfices à la patiente [9]. Dans cette optique, le médecin pourrait dire qu'il accepte la prise en charge tout en sollicitant un avis spécialisé pour mieux comprendre la situation compliquée que vit la patiente.

Pour mieux comprendre

Psychothérapie de type 2 : nous classons les psychothérapies en cinq niveaux [1] en nous basant sur l'articulation de trois points que nous considérons comme les éléments constitutifs des psychothérapies : le cadre, le processus et le contrat qui les lie. Le cadre spécifie l'action psychothérapique et la différencie d'une relation humaine courante qui se déroule selon différentes modalités souvent intriquées et difficiles à démêler (cadres de la vie familiale, professionnelle, publique, sociale, culturelle...). Il en délimite le champ, l'espace et le temps. Il en constitue le réceptacle, comme le théâtre conditionne la représentation de la pièce. Il en porte aussi la théorie, les modalités techniques, pratiques et concrètes et les indications comme les panneaux signalétiques sur le bord de la route. Il en est le squelette et le support.

Le processus est l'action et même l'interaction psychologique qui se déroulent entre le psychothérapeute et le patient à l'intérieur du cadre.

Le contrat relie le processus au cadre. Il est le plus souvent informel et verbal. Il porte sur l'objectif de la psychothérapie, c'est-à-dire sur l'aide que le patient vient demander.

Nous avons schématisé ainsi ces différents éléments (tableau 1.2) :

Tableau 1.2

Différences entre les types de psychothérapies (d'après Chambon et Marie-Cardine, 2003) [1]

Type	Cadre	Processus	Contrat	Exemples
Type 1	Multiple et flou	Soutien émotionnel	Indéterminé	Aide psychologique de la vie courante et parapsychothérapies (deuil, crise suicidaire...)
Type 2	Porte sur la prise en charge du corps	Articulation implicite du corps au psychologique	Vise tous moyens de prise en charge	Relation soignant-soigné, psychologie médicale, médecines balintienne, comportementale...
Type 3	Porte précisément sur l'action psychologique	Essentiellement psychologique	Spécifique au type de psychothérapie (boîte à outils)	Psychothérapies spécifiques (psychanalyse, TCC, gestalt...)
Type 4	Porte précisément sur l'action psychologique	Implique les facteurs communs des psychothérapies	Porte sur la mise en œuvre des facteurs communs (outils de la boîte)	Psychothérapie éclectique ou multimodale
Type 5	Institutionnel (complexe et varié)	Plurifocal	Spécifique à l'institution	Psychothérapie institutionnelle

Ce cas est effectivement compliqué, car, pour un regard non averti, il pourrait à tort faire poser une indication de psychothérapie familiale. Le système de communication de la famille est bien en jeu ici par les comportements et les interactions des membres de la famille entre eux. Toutefois, un père et un fils alcooliques n'accepteraient probablement pas d'aller ensemble, et régulièrement de surcroît, chez un psychothérapeute, sans même parler de la sœur, mariée, dont le départ a été ressenti par la patiente. Comme pour toute psychothérapie, l'entreprise suppose un accord de tous les participants.

Question 11

Que pensez-vous du déplacement du sujet de la discussion sur la personne du fils ? Pour quelles raisons le médecin accepte-t-il de rencontrer Bernard ? Qu'est-ce qui pousse Mme Dupond à formuler ses réponses ?

Le médecin, réalisant son erreur, tente de se rattraper en acceptant de voir le fils, cherchant à répondre à la demande de la patiente par procuration. Le fils devient implicitement le représentant de la mère, une partie d'elle-même. Pourtant, elle s'accroche de plus en plus, multipliant les obstacles pour montrer avec insistance que c'est d'elle dont le médecin doit s'occuper et non de son fils. De fait, la demande de rencontrer son fils apparaît comme un prétexte. Sans s'opposer directement à son médecin, elle valide sa réponse tout en entravant la réalisation : elle se montre ambivalente. Son ambivalence se situe sur deux plans : le premier relève d'un conflit entre deux désirs apparemment contradictoires, le second porte sur l'opposition entre sa place de patiente et celle de mère.

Face à cette ambivalence, le médecin se protège, ce qui l'amène à être sourd et aveugle à l'attachement important de Mme Dupond à son égard. Il se justifie de plus en plus, en escalade symétrique aux obstacles opposés. Il exprime implicitement : « Telle mère, tel fils. »

La relation s'enlise, l'agressivité émerge de part et d'autre, effets d'une frustration bilatérale.

Question 12

Que formule implicitement le médecin ici dans sa première réplique ? Que pensez-vous de sa façon d'achever la rencontre ?

Le médecin renvoie directement Mme Dupond à son ambivalence et à la nécessité pour elle d'être prise en charge sur le plan psychothérapeutique. Hélas, ce résumé survient trop tard dans la relation. Elle est déjà persuadée du rejet de sa propre plainte ; plus encore, sa blessure d'amour-propre dans sa position de mère s'est rouverte. À ce stade, la patiente n'est plus réceptive aux suggestions du médecin. Toute la fin de cet entretien montre combien cette patiente est déçue et combien elle a besoin d'être aidée et prise en charge. Elle ne nécessitait pas une psychothérapie très spécialisée, de type 3 dans un premier temps. Des entretiens à valeur de soutien et d'étayage, de type 2, auraient largement suffi. Le médecin a eu peur de trop s'engager dans une voie qu'il connaissait mal et pour laquelle il ne se sentait pas assez

formé. On mesure là l'importance d'une telle formation pour les médecins généralistes et encore plus pour les psychothérapeutes, car les cas de ce type sont très nombreux en pratique courante.

Mme Dupond finira donc par recourir à la solution de l'aide de sa fille, telle qu'elle l'envisageait au début. On voit, là aussi, combien sa fille a dû jouer ce rôle d'écoute bienveillante avant son mariage et donc combien son départ a dû être douloureux.

Finalement, ce recours devient une nouvelle esquivé. Elle part se faire prendre en charge par sa fille à qui elle va demander de jouer ce rôle de psychothérapeute. Cette solution est probablement mauvaise puisqu'on peut supposer que sa fille s'est mariée pour s'extraire du milieu familial. Sa fille pourrait difficilement la prendre suffisamment en charge, et la situation risque de s'envenimer. Par là même, Mme Dupond se tourne une nouvelle fois vers la première personne dont elle s'est sentie abandonnée, sa fille, et fait un amalgame entre le rejet du médecin et celui supposé de sa fille. On devine déjà l'échec de la solution proposée puisqu'elle se précipite directement dans la situation qui a causé sa blessure. Ainsi, on attendrait une aggravation des céphalées, voire une tentative de suicide ultérieure ; au mieux, elle changerait de médecin. Ce dernier en a d'ailleurs l'intuition puisqu'il demande avec insistance des nouvelles à la patiente, manière encore trop tardive de se rattraper.

Mme Dupond tente de se rassurer en demandant si elle a fait du bon travail. Tout au long de l'entretien, on constate l'évolution d'une tentative raisonnable de part et d'autre de dénouer le symptôme d'un environnement familial difficile vers une submersion émotionnelle devenant trop intense pour être traitée. Cette tension émotionnelle provient, d'une part, du sentiment de rejet vécu par la patiente et, d'autre part, du sentiment d'incompétence du médecin. Pour cette raison, il demande à la patiente de lui donner de ses nouvelles. Certains peuvent trouver cette solution satisfaisante et d'autres insuffisante, estimant la suggestion du médecin trop formelle. Nous recommanderions plus d'attention en proposant à la patiente de lui téléphoner directement, marquant plus d'investissement dans sa problématique pour réparer son vécu de rejet. Le médecin devrait majorer son investissement et sa bienveillance pour effacer l'aggravation de la blessure.

Le médecin a manqué aussi la manière de présenter l'envoi vers le psychothérapeute. Il aurait pu le proposer ainsi :

D'abord, rapporter cette proposition à une demande de sa part : il n'aurait pas assez de temps pour s'occuper d'un cas trop complexe ou ne se sentirait pas assez compétent. Le principe est que c'est le médecin qui a besoin d'aide et non pas la patiente. L'agressivité contenue, dans la notion d'envoi vers le psychothérapeute, par le rejet qu'elle suppose ou la qualification diagnostique qu'elle implique, est déviée de la patiente sur le médecin lui-même par l'adoption de cette position basse.

Ensuite, cette demande d'aide doit être présentée de telle façon qu'elle se situe dans la continuité de la relation avec le médecin, sans supposer un quelconque rejet, comme ce peut être le cas ici, avec une patiente

susceptible. Il doit donc dire à la malade qu'il continuera de la suivre, mais qu'il a besoin d'une aide complémentaire.

Enfin, il lui laissera le choix du psychothérapeute, par respect de la déontologie, mais il proposera de travailler en liaison. Il pourrait présenter Mme Dupond à son confrère ou prendre le rendez-vous avec elle soit par téléphone, soit par la rédaction d'un courrier, l'essentiel étant qu'elle sente bien cette continuité du soin.

En général, l'indication d'une psychothérapie et l'envoi vers le psychothérapeute doivent être préparés. Beaucoup de psychothérapies échouent parce qu'elles ne le sont pas.

Question 13

Il n'est pas question de règlement d'honoraires dans cette situation. Est-ce que vous pensez que le médecin aurait dû demander des honoraires ? Et comment ?

Il semble naturel de demander des honoraires quand la consultation a été menée à bien et que le patient part satisfait. C'est plus difficile quand elle s'achève dans une atmosphère aigre-douce comme ici. Pourtant, le fait de demander ou non des honoraires a des implications qui seront envisagées dans un chapitre ultérieur.

Sauf si cette consultation a eu lieu en service public où elle serait apparemment gratuite (tiers payant ou remboursant), l'absence de demande d'honoraires de la part du médecin pourrait être perçue comme un aveu de son incompétence ou de sa culpabilité. Il conviendrait donc de demander une rémunération dans le sens où le médecin n'a pas d'obligation de résultat, mais de moyen.

Question 14

Alors, avez-vous repéré les trois grandes problématiques posées par ce cas ?

- Celle du passage du symptôme supposé d'origine organique à une étiologie psychogène, ou en tout cas impliquant davantage le fonctionnement psychique. Dans une perspective médicale de l'individu considéré dans sa globalité, tout symptôme organique comporte une implication psychologique.
- Celle de l'indication d'une psychothérapie.
- Celle de l'envoi vers le psychiatre ou vers le psychothérapeute.

Références

- [1] Chambon O, Marie-Cardine M. Les bases de la psychothérapie. Paris: Dunod; 2003.
- [2] Cungi C. L'alliance thérapeutique. Paris: Retz; 2006.
- [3] Dantzer R. L'illusion psychosomatique. Paris: Odile Jacob; 2001.
- [4] Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137(5):535-44.
- [5] Guyotat J, Hochmann J, Pellet J, Marie-Cardine M, et al. L'imbroglio psychosomatique. Psychiatrie et formation psychologique du médecin. Rapport du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française ; 4-9 juillet 1967 ; Dijon, vol. 1. Paris: Masson : Paris; 1967. p. 76-81.

- [6] Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psychologie médicale. Paris: Masson; 1996.
- [7] Lantéri-Laura G. Introduction historique à la pathologie de la communication. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Psychiatrie, 37-101-A10. 1970.
- [8] Laplanche J, Pontalis J. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: PUF; 2004.
- [9] Perrot E (de), Haynal A. La psychothérapie de soutien: une perspective psychanalytique. Bruxelles: de Boeck; 2006.
- [10] Shea SC. La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension. Paris: Elsevier; 2005.
- [11] Widlöcher D, Marie-Cardine M, Braconnier A, Hanin B. Choisir sa psychothérapie. Paris: Odile Jacob; 2006.



Objectifs

Ce cas clinique pose un triple problème :

- celui de l'indication d'une psychothérapie à partir de la demande d'une ou d'un patient qui n'y correspond pas ;
- celui de la manière dont le ou, ici, la psychothérapeute va amener le demandeur ou la demandeuse à accepter ce changement d'indication ;
- celui de la technique de supervision à l'égard du ou de la psychothérapeute.

Exposé du cas clinique

Caroline, trente-cinq ans, est secrétaire dans une entreprise. Elle consulte pour une demande de psychothérapie de couple au motif d'une mésentente conjugale s'aggravant. Elle est mariée à Pierre, chirurgien gynécologue :

il n'a plus aucune relation physique avec elle, dit-elle. Le thérapeute la reçoit, accompagnée de son époux qui vient peu motivé. Très vite, la demande de l'épouse apparaît défensive : l'allégation d'un problème de couple semble bien masquer l'existence de ses difficultés personnelles, ne serait-ce déjà que par le mode de formulation de la demande : l'épouse dit que son mari n'a plus de relation physique avec elle et non qu'ils n'ont plus de relations physiques ensemble. Le caractère projectif est déjà manifeste.

Caroline et Pierre sont mariés depuis dix ans et n'ont pas d'enfant. Très amoureux au départ, la passion s'est éteinte progressivement, les rapports sexuels, mais, plus globalement, les rapports affectifs se sont espacés ou atténués jusqu'à disparaître complètement.

Pierre explique qu'il ne ressent aucune difficulté et éprouve toujours du désir pour sa femme. Il n'en tiendrait qu'à elle : les échanges amoureux pourraient reprendre, mais elle le repousse. Il ne peut même plus la toucher : à peine sa main posée sur son épaule, elle sursaute et le rejette, précise-t-il. À cela, Caroline se répand en critiques : rien n'est bon chez lui. Le thérapeute interprète en son for intérieur, sans le verbaliser, que Caroline est peut-être jalouse des nombreuses femmes que son mari voit en consultation ou qu'il opère. D'ailleurs, Pierre affirme qu'il sépare parfaitement l'éprouvé de son désir de son exercice professionnel. Il considère ses patientes uniquement comme des malades, malgré la passion qu'il entretient pour son métier. S'il surinvestit son travail, c'est aussi parce que Caroline le rejette. Il assure qu'il n'a pas de relation extraconjugale.

De plus, pour ce couple très catholique, le divorce n'est pas envisageable, d'autant que le mari affirme toujours l'existence de son désir pour son épouse.

Problématique

La psychothérapeute accepte, dans un premier temps, faute d'y avoir suffisamment réfléchi, d'entreprendre une psychothérapie de couple, alors qu'en fait elle a le sentiment que les problèmes viennent apparemment plus de l'épouse, mais elle n'est pas à l'aise et demande à être éclaircie : d'où la demande de supervision. Doit-elle envisager de revenir vers une thérapie individuelle la concernant et, dans ce cas, comment procéder ? Le problème du toucher dans le couple deviendrait un problème de tact pour la psychothérapeute.

Par ailleurs, il semble tout de même étonnant que ce mari de quarante ans supporte aussi aisément cette longue abstinence sexuelle si on se base sur les données des travaux en la matière. Il existe un probable aménagement libidinal particulier chez cet homme dont les capacités de sublimation paraissent exceptionnelles, mais toutefois pas impossibles : Pierre ne se plaint pas et paraît équilibré, ni timide ni inhibé. Il semble plutôt calme, placide, un peu détaché, presque non concerné.

Rien n'autorise donc, a priori, à mettre en doute ses affirmations.

Données techniques

Une attitude éclectique de début

La psychothérapie en était aux quelques séances du début, à la phase de préparation ou d'observation, et tout était encore possible, du constat d'une indication erronée à un changement d'objectif ou de destinataire et de technique. La psychothérapeute s'était placée d'emblée dans une attitude expectante, neutre, d'écoute bienveillante, intéressée, mais non impliquée et prudente, de type psychanalytique selon ses références personnelles et habituelles : la question d'un changement de style relationnel se posait moins que celle de la circulation adéquate de la parole dans le système formé par Caroline, Pierre et elle, dans une visée plus inspirée par la théorie systémique. Elle faisait donc preuve ici d'une attitude éclectique, adoptant à la fois, et d'une manière non contradictoire, une écoute de type psychanalytique et une attention à la circulation de la parole dans le système relationnel qu'elle formait avec les deux membres de ce couple.

Le dispositif de la psychothérapie de couple compromis par l'attitude des impétrants

La psychothérapeute avait choisi de recevoir chaque membre du couple d'abord individuellement, puis ensemble, comme il est classique de le faire en de pareils cas, de façon à minimiser toute interprétation susceptible d'infléchir le climat qui déjà se modifiait du fait de leur comportement.

En effet, Pierre arrivait régulièrement en retard, motivé par sa suractivité professionnelle, ses urgences, mais montrant aussi par là, implicitement sans doute, son peu de motivation. De ce fait, la séance commençait toujours par l'entretien avec sa femme, l'alternance souhaitable en pareil cas étant rendue ainsi impossible. Caroline se répandait ainsi tout à loisir en plaintes et en accusations contre son mari qu'elle rendait responsable d'une situation devenue intolérable pour elle, mais qui ne pouvait être réglée que par son changement, restant totalement sourde à ses affirmations que tout allait bien pour lui et qu'il supportait placidement le rejet de sa femme en attendant, de son côté, qu'elle voulût bien elle aussi modifier son attitude à son égard.

Il prenait le risque de laisser se créer une apparence de connivence entre la psychothérapeute et elle, dont il pourrait ensuite tirer prétexte pour refuser la poursuite du traitement si des sentiments de méfiance, voire de persécution, venaient à naître chez lui. Cela n'était pas encore le cas, mais pouvait devenir une potentialité que la psychothérapeute devait veiller à ne pas favoriser alors qu'elle n'en avait pas encore eu conscience.

À ce stade, la question de la décision à prendre se posait donc.

Il apparaissait évident qu'une véritable psychothérapie de couple s'avèrait dès le départ impossible du fait du manque de motivation de l'un des conjoints qui n'acceptait de participer aux séances qu'avec une réticence manifeste dans le souci de faire preuve de bonne volonté et dans le but

de maintenir la paix du ménage. Mais on pouvait prévoir qu'une telle situation ne pourrait pas durer longtemps, que les retards de Pierre s'allongeraient jusqu'à ce que l'on constatât, dans le silence et la discrétion, son total effacement toujours justifié par les exigences de son exercice professionnel.

Les hésitations de la psychothérapeute

Fallait-il, après tout, attendre qu'une telle occurrence se produisît ? Caroline resterait alors seule en lice et la psychothérapeute pourrait poursuivre le travail avec elle si elle continuait de venir et, à ce moment-là, elle pourrait envisager de réinterroger la véritable nature de sa demande. C'était prendre le parti de laisser évoluer naturellement une situation et une demande manifestement erronées dès le départ ; mais rien ne permettait de prévoir qu'il en serait ainsi. C'était aussi prendre le risque, en cas d'interruption brutale, de laisser ce couple et surtout cette femme en difficulté, sans avoir pu répondre à une demande d'aide. Celle-ci pouvait apparaître comme très difficile à apporter, mais se justifiait d'un point de vue éthique et technique, même si son succès était loin d'être assuré. En outre, on sait que ce genre de personnalité peut toujours à un moment ou à un autre se décompenser sur un mode dépressif plus ou moins grave et risquer éventuellement un geste suicidaire.

Fallait-il au contraire se montrer plus intervenante et plus rapidement, souligner les difficultés, rendre plus explicites les données d'une situation que chacun semblait vouloir maintenir dans le flou, adopter donc une attitude plus découvriante, avec tout le tact et l'habileté nécessaires, mais au risque de voir une telle intervention refusée et la relation rapidement interrompue des deux côtés ?

Les hypothèses de la psychothérapeute

La psychothérapeute découvrit ainsi progressivement qu'elle pouvait formuler plusieurs hypothèses :

Sur le diagnostic psychopathologique : une névrose de caractère ?

Il s'agissait probablement, chez la demandeuse au moins, de ce que l'on appelle dans la sémiologie inspirée par la psychanalyse une névrose de caractère, trouble grave de la personnalité basé sur la mise en œuvre de mécanismes de défense projectifs massifs, rendant la personne aveugle à sa propre souffrance et en en faisant de l'autre, ici en l'occurrence le conjoint, le responsable [4]. Ainsi, en demandant une psychothérapie de couple, Caroline voulait à la fois exprimer sa souffrance et désigner son mari comme en étant le responsable. C'était donc à lui de changer. Mais on peut supposer que de toute façon, voulût-il bien tenter ce changement, aucun de ses efforts n'aurait été satisfaisant, car probablement, dans ce type de

personnalité, rien ne l'est jamais. Son idéal du moi était si élevé et, en outre, si contradictoire et persécuteur, que rien ne pouvait avoir grâce à ses yeux. Comme la persécution qu'il exerçait était proprement intolérable, il devenait absolument nécessaire d'en projeter les effets sur les autres. Ce genre de personnalité est apparenté aux psychoses, car il s'agit là d'un véritable déni de la réalité de sa souffrance personnelle, déni évidemment partiel et cloisonné, bien qu'entraînant des conséquences tout de même graves dans la vie du sujet, ici une souffrance suffisamment importante pour motiver une demande d'aide, mais obvie puisque mettant en cause exclusivement le conjoint.

Les causes ou, si l'on ne veut pas parler de causes, les explications (le « comment ? » plutôt que le « pourquoi ? ») de cette souffrance seraient à rechercher dans une investigation plus approfondie, amenant à envisager son histoire personnelle, dans une perspective plutôt d'inspiration psychanalytique. Ceci suppose l'accord de la patiente et la création au préalable d'une alliance thérapeutique suffisante.

On n'abordera pas ici le problème de la structure de personnalité du mari qui, apparemment, de son côté n'exprime aucune demande et semble pouvoir supporter une situation difficile grâce probablement à différents aménagements sur lesquels il serait trop long de formuler des hypothèses, d'autant que l'on manque totalement d'éléments pour le faire. De toute façon, il semble qu'il ne demande rien, supporte bien la situation et ne pose d'autres problèmes que ceux qu'évoque, d'une manière projective évidente encore une fois, sa femme.

Sur le plan de la technique psychothérapique : facteurs communs et alliance thérapeutique

Ces hypothèses psychopathologiques ou cette conceptualisation du cas envisagées, que pouvait-il être tenté ?

Quelle que fût la modalité technique choisie, il fallait au préalable utiliser les facteurs communs de la psychothérapie [3], car quelle que soit la technique spécifique utilisée, ils assurent 70 % des changements. Il fallait donc en priorité tenter de créer la nécessaire alliance thérapeutique dont on sait, d'après les travaux [5,6], qu'elle assure à elle seule 75 % des évolutions favorables.

Mais on voit ici que même ce préalable technique était difficile à mettre en œuvre du fait de l'absence de motivation de l'un des patients ou de la motivation erronée ou déviée de l'autre.

Le difficile problème posé était au fond celui-ci : que faire quand une demande erronée est formulée, montrant bien l'existence d'une réelle souffrance qui demande à être prise en charge, alors que ses conditions n'en sont pas réalisées ?

Au fond, cette femme posait le problème de la préparation à une éventuelle psychothérapie, dans les conditions difficiles qui ont été évoquées. Elle se trouvait dans la phase dite de « préintention » ou de « préparation », selon DiClemente et Prochaska [2].

Pour mieux comprendre

À ce sujet, on a traduit d'une manière littérale et incorrecte le terme anglais de *contemplation*, dont le sens premier est celui d'*observation*, *réflexion*, *examen*, *prévision*, *projet*, *préparation*, qui s'impose ici de toute évidence. Le sens français, religieux, philosophique, mystique ou esthétique, est second et doit être écarté d'autant plus face au contexte.

Comment pouvait-on alors aborder cette patiente d'une manière pratique ?

Respecter le narcissisme

Comme dans toute psychothérapie, quelle qu'elle soit, le respect du narcissisme des patients est l'attitude de base et conditionne avant toute chose l'établissement de la nécessaire alliance thérapeutique déjà évoquée. Elle est impliquée dans l'empathie, le respect inconditionnel, l'écoute neutre et bienveillante, le dosage de la bonne distance, dans l'attitude plus ou moins chaleureuse et toutes les conditions habituelles de l'établissement de la relation bien connues et sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Mais un problème technique se posait particulièrement ici à la thérapeute : pour comprendre la patiente, elle pouvait user en effet de différents outils. Trois types d'interventions pouvaient être utilisés, de la plus neutre à la plus active. Ainsi, elle pouvait choisir de se cantonner dans l'attitude expectante, psychanalytique, c'est-à-dire silencieuse pour ne pas influencer la patiente. Elle pouvait aussi utiliser une attitude rogérienne privilégiant la paraphrase, l'intervention de reflet ou le résumé, marquant ainsi son acceptation inconditionnelle, et soutenir le discours. Enfin, elle pouvait recourir au questionnement socratique des psychothérapeutes cognitivistes qui, dans le rôle du détective, cherchent à comprendre, sans prendre parti, et à mettre à jour les contradictions du discours, de manière bienveillante.

Digérer la plainte

Par exemple, la psychothérapeute aurait pu dire : « Ce que vous me dites là, qu'en dit votre mari ? » Même et surtout s'il n'est pas là, il apparaît légitime de faire constamment référence à lui, puisqu'il s'agit au départ d'une demande de psychothérapie de couple. La réponse est souvent dans un tel cas une recrudescence des plaintes et des accusations dans l'aveuglement de la patiente. Mais la psychothérapeute aurait pu persister patiemment un certain temps. Ainsi, elle aurait pu viser trois possibilités d'évolution de la plainte de Caroline :

- Un changement spontané et insensible se serait produit du fait du rôle de la présence tierce ou de l'altérité de la psychothérapeute exerçant

ce que nous appelons son rôle de catalyseur ou d'enzyme. En effet, une enzyme (ou un catalyseur en chimie) est une substance neutre qui favorise le déclenchement d'une réaction et se retrouve intacte à la fin de l'opération. Ici, la thérapeute ne disait rien ou à peine quelques reformulations douces. Ses interventions étaient minimalistes, tout au plus faisait-elle quelques résumés. Dans une telle situation, le but est en général de faire discuter les participants entre eux. Elle se doit de tenir une place non interventionniste, presque d'être le témoin du dialogue, le tiers présent et impliqué, mais toujours à la bonne distance. Il arrive souvent, au moins dans notre expérience, que progressivement des situations parfois hautement conflictuelles ou nouées d'une manière très serrée se détendent et aboutissent à une solution considérée comme très improbable au départ. Ce changement est parfois encore très limité, mais déjà considérable, pour reprendre une expression de M. Balint à propos de l'effet de la formation par sa méthode.

- Mais il n'était pas non plus exclu que l'évolution se fasse plus ou moins rapidement vers le dépérissement de la demande : peu à peu, le mari ne serait plus venu, la femme se serait retrouvée seule à l'invectiver face à la psychothérapeute. Puis, progressivement, elle aussi aurait manqué ses rendez-vous et finalement ne serait plus venue. Qu'elle le déclara ouvertement et, à ce moment-là, la psychothérapeute pouvait tenter d'ouvrir une discussion à ce sujet pour qu'au moins la rupture pût se faire dans le dialogue, ou non. Se posait alors la question d'une relance, de préférence par courrier plutôt que par téléphone, dialogue ou relance se faisant toujours dans l'intérêt du patient et en évitant de donner prise bien entendu à la suspicion de vouloir s'accaparer sa clientèle.
- En troisième possibilité, une hypothèse plus optimiste, mais moins probable : la patiente découvrirait progressivement son implication personnelle et finissait par reformuler sa demande d'aide en son nom propre. Elle abordait ainsi la psychothérapie individuelle dont elle avait besoin.

La question de la supervision

Il n'est pas question ici de reprendre la littérature très abondante qui existe déjà sur ce sujet, mais plutôt d'évoquer la manière dont cette pratique s'est mise en jeu dans ce cas particulier et de mettre l'accent sur certains points importants qui y sont apparus.

Rappelons d'abord que, d'une manière générale, la supervision est une pratique absolument indispensable à la formation et à l'exercice de la psychothérapie. Mais les conceptions que l'on peut en avoir varient beaucoup selon les écoles et selon le stade d'évolution du psychothérapeute, qu'il soit en formation dans une école particulière ou qu'il soit un psychothérapeute de plein exercice, déjà formé, mais souhaitant se perfectionner ou tout simplement confronter sa pratique à celle d'un confrère plus expérimenté.

Dans ce cas, il s'agissait d'une psychothérapeute récemment formée dans le cadre de notre diplôme universitaire de psychothérapie de l'université Claude-Bernard Lyon-I, qui souhaitait comme certains ou certaines de ses

collègues continuer à confronter sa pratique à celle de l'un de ses formateurs. Nous envisageons ce travail non pas comme celui de la vérification de la conformité de la pratique à un guide préétabli fixant une orthodoxie, mais plutôt – sans exclure tout de même complètement cet aspect – comme une collaboration visant à favoriser le plus possible la créativité du praticien dans le respect du cadre professionnel indispensable.

La psychothérapeute évoque telle ou telle séance (ou séquence des séances), tel ou tel parcours accompli et fait part des difficultés rencontrées, des questions qui se posent... La séance de supervision se déroule plus comme une collaboration interactive à la recherche de sens, de compréhension et de solutions qui en découlent, la référence étant avant tout celle d'une psychothérapie éclectique qui met en jeu les facteurs communs bien décrits et bien connus plutôt que la conformité stricte à une théorie ou à une technique particulière. Ainsi, sans qu'il s'agisse de psychanalyse, la référence à ce courant est tout de même constamment utilisée, et notamment la notion qui en découle, mais qui est beaucoup plus générale et applicable, à notre avis, à toutes les situations dans un sens véritablement transthéorique et transdisciplinaire, et donc authentiquement éclectique, de la relation d'objet internalisée telle que nous l'avons présentée [1]. Elle n'était pas directement applicable dans ce cas présenté puisque la psychothérapie en était encore à son début, peu engagée, et que nous ne savions rien de véritablement personnel sur les patients impliqués. Mais il apparut nettement au cours de ce travail que la difficulté principale rencontrée par la psychothérapeute provenait, au-delà de toute autre considération technique, d'un conflit d'identification avec la patiente : d'une part, en tant que femme, elle se sentait plus encline à la comprendre, à éprouver pour elle plus d'empathie que pour ce mari distant, lointain, peu impliqué et qui ne demandait véritablement rien en fait. Mais elle sentait bien qu'une partie majeure des difficultés dont se plaignait cette patiente provenait de sa névrose personnelle, qu'elle éprouvait comme compliquée à aborder : d'un côté, en effet, la patiente paraissait tout à fait normale, tout en formulant malgré tout une demande d'aide traduisant une souffrance liée au dysfonctionnement de son couple. D'un autre côté, le désir légitime d'être efficace pour la psychothérapeute, en présentant l'aide demandée comme finalement impossible à apporter, se heurtait à la résistance impliquée fondamentalement et paradoxalement dans cette demande.

Ce travail interactif de réflexion a permis la prise de recul indispensable et l'éclaircissement de la problématique de fond de ce cas difficile.

Conclusion

Cette étude a permis de mieux comprendre la problématique cachée d'une demande de psychothérapie, en apparence simple et classique. La demande – et la manière dont elle est formulée –, qu'il s'agisse d'une demande individuelle, de couple, de groupe ou même d'institution, doit toujours être examinée avec attention et analysée, car elle recèle et mêle à la fois les

possibilités et les difficultés. Elle ne doit jamais être prise d'une manière trop littérale. Quand elle apparaît comme erronée, le problème se pose de savoir comment la rétablir dans un sens qui permette d'apporter plus ou moins l'aide sollicitée. Enfin, on voit combien la supervision apporte à la psychothérapeute, à ses débuts ou au cours de sa pratique professionnelle confirmée, un cadre de travail indispensable à sa pratique.

Références

- [1] Chambon O, Marie-Cardine M. Les bases de la psychothérapie. Paris: Dunod; 2003.
- [2] DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav* 1982;7(2):133-42.
- [3] Frank J, Frank D. Therapeutic components shared by all psychotherapies. In: Harvey JH, Parks MM, editors. *Psychotherapy research and behavior change. Master lecture series, vol. 1.* Washington, DC: American Psychological Association; 1982. p. 9-37.
- [4] Laplanche J, Pontalis J. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: PUF; 2004.
- [5] Luborsky L. Helping Alliances in Psychotherapy. In: Glachon J dir, editor. *Successful Psychotherapy.* New York: Brunner-Mazel; 1976.
- [6] Norcross JC, Goldfried MR. *Psychothérapie intégrative.* Paris: Desclée de Brouwer; 1996.

3

Le bon moment de l'intervention



Questions

- Proposez une conceptualisation de ce cas. Sur quoi le thérapeute doit-il se concentrer plus particulièrement ici ?
- Chez Sylvie, comment différencier la plainte, la demande et la complainte ? Quelles seraient leurs spécificités ?
- Que faire de la plainte de Sylvie et quels seraient les risques encourus ?

Pour mieux comprendre

Le terme de *complainte* est là encore la traduction littérale du terme anglais qui a le sens, comme en français, d'une plainte exprimée dans une poésie populaire triste, mais, ici, d'une plainte exprimée auprès d'un médecin et plus spécifiquement d'une plainte répétitive qui n'aboutit pas, comme celle de l'hypocondriaque.

Présentation du cas

Sylvie, jeune femme de vingt et un ans, est envoyée par une nutritionniste pour une psychothérapie en accompagnement de son régime. Elle présente en effet un surpoids, car elle mesure 161 cm et pèse 78 kg (indice de masse corporelle à 30,1 kg/m² pour des normales entre 18,5 et 25 kg/m²). Elle a été rencontrée à trois reprises et semble à la fois très attachée à sa psychothérapie et en même temps ne pas très bien savoir quoi en attendre. Récemment, elle a annulé une séance par téléphone en expliquant qu'elle avait un empêchement, qu'elle le regrettait beaucoup parce qu'elle avait nombre d'informations à apporter. À la séance suivante, bien qu'elle eût comme toujours beaucoup à dire, ce n'était pas ce à quoi elle avait fait allusion lors de son appel. Elle ne se souvenait plus de ce qu'elle voulait exprimer alors...

Apparemment, malgré son surpoids, elle paraît aller très bien : elle se présente comme une belle jeune femme, dit bien supporter son embonpoint, car il reste bien réparti. Elle est de contact avenant, dynamique, active, enjouée, volubile, très vivante. Elle fait preuve de beaucoup de présence, occupe beaucoup de place pendant l'entretien, paraît très affirmée, très sûre d'elle, mais simple et naturelle, sans ostentation ni prétention.

Cependant, derrière sa belle apparence, elle révèle une histoire personnelle dramatique :

À l'âge de treize ans, sa mère, aide-soignante, se suicida. Cette dernière avait été violée successivement par son propre père, un homme alcoolique et violent qui battait femme et enfants, puis, à ses treize ans, par son demi-frère âgé de quinze ans. Elle ne s'en serait jamais remise. Elle s'était mariée à un homme lui aussi alcoolique, mais uniquement violent verbalement. Elle avait entretenu plusieurs liaisons et, ainsi, Sylvie a eu deux demi-frères aînés, âgés de trente-sept et trente-quatre ans, qui se sont mariés et ont eu des enfants. Elle s'entend très bien avec eux. D'ailleurs, elle va garder les enfants de l'un d'eux qui la rémunère généreusement, ce qui lui permet de compléter ses revenus. Elle a aussi une sœur de vingt-trois ans. Mais là, sa relation est dans la rivalité féminine pour savoir qui sera la meilleure, la plus performante, celle qui réussira le mieux et qui sera la plus en vue dans la famille.

Sylvie a beaucoup souffert de la mort de sa mère : elle lui en a voulu de s'être suicidée et de l'avoir ainsi abandonnée. Elle décrit une relation très fusionnelle avec elle allant jusqu'à partager son lit pendant que son père faisait chambre à part.

Aujourd'hui, elle vit encore avec sa sœur et son père toujours alcoolique qui travaille comme peintre en bâtiment. Elle veille quotidiennement sur lui : elle va le chercher le soir au bistrot pour qu'il ne rentre pas trop ivre et surtout pour qu'il ne dépense pas trop d'argent dans la boisson. Effectivement, il permet à la famille de vivre sur son salaire.

En outre, une de ses cousines habite Paris. Elle va la voir de temps en temps. La sœur de cette cousine parisienne habite Lyon et a un fils handicapé. Sylvie se plaint que sa tante lui donne beaucoup d'argent alors qu'elle est assez aisée. Elle pense que cet argent serait mieux utilisé autrement, par exemple que cette tante pourrait aussi l'aider, elle, de temps en temps au lieu de tout donner à la cousine lyonnaise.

Sylvie est une jeune fille intelligente. Elle a entrepris un BTS de communication pour s'orienter vers le journalisme. Elle travaille très bien et obtient de bons résultats. Elle a pris deux années sabbatiques après la mort de sa mère, mais n'en dit rien et reste assez mystérieuse là-dessus. Elle dit avoir beaucoup voyagé. À son retour, elle s'est investie auprès de sa famille, c'est-à-dire auprès de sa sœur et de son père, sur lequel elle veille beaucoup. Elle gère toutes les affaires, courses, ménage, relations avec les autres et y consacre tout son temps. Elle a beaucoup d'amis, qu'elle voit régulièrement ou à qui elle téléphone, mais elle ne sort pas ni n'a de relation sentimentale.

Elle a commencé à prendre du poids l'année suivant le décès de sa mère. D'ailleurs, sa mère était vraiment obèse : 138 kg pour 1m 65. Sylvie a ensuite perdu ce poids, redescendant à 56 kg, mais l'a repris rapidement...

Le problème de la psychothérapeute est le suivant :

Cette malade parle beaucoup, très bien et très volontiers, lui raconte sa vie avec aisance. Elle est très volubile et ne lui laisse pas placer un mot, parle en monologue. La thérapeute se fait la réflexion qu'elle pourrait l'écouter ainsi sans mot dire et que ça doit être très agréable de faire de la psychanalyse si l'on s'en tient à cette seule apparence. Elle croit qu'elle pourrait presque la mettre sur un divan et l'écouter soliloquer sans que cela ne modifie quoi que ce soit.

Mais elle se demande si elle peut continuer ainsi, si elle le doit, si cela changera ou non quelque chose, ce qui peut ou devrait changer.

Conceptualisation du cas

La thérapeute doit pratiquer un repérage de « failles » où elle pourrait intervenir :

Sylvie lui rapporte à certains moments des situations qu'elle pourrait reprendre.

Par exemple, elle raconte : « Un jour, une de mes cousines de Paris me reproche : "Tu n'as pas bien le sens de la famille !" J'ai été très choquée, moi qui me dévoue complètement pour mon père et ma famille justement ! » Elle a beaucoup pleuré et s'est confiée à ses amis ; cela lui a fait du bien, mais, en racontant cela à la thérapeute, elle se montre très distante, contrôle très bien ses émotions, si bien que la thérapeute se demande à quoi elle sert.

Mais on voit l'exploitation qu'elle aurait pu en faire : reprendre, lui demander ce qui fait qu'elle réévoque l'événement en psychothérapie après l'avoir partagé avec ses amis, ce qu'elle en attend maintenant, etc.

À un autre moment, elle dit qu'elle ne sait pas pourquoi elle s'occupe tellement de son père et pourquoi elle est tant en colère contre sa sœur ou contre sa tante. Là encore, on pourrait déployer des possibilités d'intervention.

Reprenons l'idée d'une mise sur le divan. Ce n'est évidemment qu'une image fugace et une métaphore destinée à refléter le climat de la séance et qui ne correspondait en rien à un projet précis. La psychothérapeute savait très bien qu'elle ne pouvait pas se lancer dans cette expérience sans l'avoir vécue elle-même. Le rôle du dispositif du divan et du fauteuil est très différent de celui d'une technique de relaxation telle que le *training autogène* de Schultz. Il convient de bien différencier les deux démarches. Sur le plan technique, il serait très inopportun de multiplier des « recettes techniques » de manière anarchique, voire superficielle. Il vaut mieux préférer le choix d'une technique et son application bien adaptée, dont les fondements sont bien maîtrisés, plutôt qu'un papillonnage erratique et imprudent amenant à jouer à l'apprenti sorcier. Cela ne contredit en rien notre préconisation de la mise en œuvre des facteurs communs qui doit l'être de manière ordonnée, rationnelle, réfléchie et justifiée par les besoins du patient appréciés par une analyse rigoureuse. Beaucoup d'étudiants en psychothérapie croient qu'ils pratiquent la psychanalyse parce qu'ils se réfèrent à la théorie psychanalytique. C'est une erreur à corriger : on peut s'en servir, comme d'autres théories, pour mieux comprendre le patient, mais cela ne veut pas dire pour autant que l'on pratique de la psychanalyse, car cela implique bien d'autres conditions que nous ne rappelons pas ici.

En fait, peu à peu, il s'avère que derrière cet aspect de jeune fille modèle se profile une jeune fille en détresse, mais qui ne peut pas le reconnaître.

Ce faisant, elle semble s'identifier à sa mère morte avec laquelle elle avait une relation fusionnelle : sa prise de poids correspondant d'ailleurs à l'année qui a suivi le décès, elle n'a sans doute pas pu entamer un processus de deuil. En s'identifiant à sa mère, elle en adopte le rôle protecteur par mimétisme.

Derrière ce comportement de jeune fille modèle, si dynamique, si active, si adonnée à son travail et à sa famille, se profile une défense maniaque avec une hyperactivité qui la protège d'un deuil probablement impossible ou en tout cas très difficile à entreprendre. En effet, le risque d'une dépression pourrait un jour ou l'autre s'avérer très grave inconsciemment, alors elle s'en défend tant qu'elle le peut.

C'est une défense qu'il est très malaisé et difficile de mobiliser pour cette raison. Elle dit d'ailleurs qu'elle lutte avec énergie et qu'elle ne cédera pas. Elle le dit souvent, c'est presque un refrain. Nous recommanderions à la thérapeute de lui demander contre qui elle lutte tant et pourquoi. Contre le risque de dépression ? Contre l'identification à sa mère morte ? Ou éventuellement contre la thérapeute avec laquelle elle est très policée, très bien élevée et très gentille, qui pourrait représenter la mère dans le transfert ? À trop lutter du reste, elle risque de s'épuiser et de déprimer malgré tout.

Dans un premier temps, on voit qu'elle est venue en psychothérapie pour être bien observante et suivre les conseils de sa nutritionniste à la manière d'une fille obéissante. Elle comprend bien qu'elle doit suivre un régime et que sa mise en œuvre doit être soutenue par une psychothérapie. Mais elle ne semble pas voir plus loin ni réellement comprendre pourquoi, la thérapeute non plus du reste.

Justement, la thérapeute pourrait l'amener progressivement à préciser davantage sa demande, hormis le fait qu'elle soit venue pour trouver l'aide nécessaire à l'observance de son régime. Qu'est-ce qu'elle entend par là ? En quoi peut-elle lui rendre service ? Qu'est-ce qu'une psychothérapie pour elle ?...

Derrière ce surpoids et cette mise au régime se profile tout un problème de personnalité, toute cette défense maniaque, au sens kleinien du terme, c'est-à-dire un mécanisme qui cache un vide profond, une dépression, une carence affective. Cette défense est aussi paranoïaque : elle lutte contre l'ennemi jusqu'à la dernière extrémité. L'ennemi, c'est-à-dire le destin, le père violent qui a violé sa mère quand elle était adolescente à l'âge de treize ans et le demi-frère qui sont censés avoir conduit cette mère, dans le fantasme, au suicide par lequel elle a abandonné et en quelque sorte trahi sa fille...

Pour mieux comprendre

Mélanie Klein (1882-1960), psychanalyste de l'école anglaise, décrit trois types de défenses pour lutter contre l'angoisse de la dépression : la défense obsessionnelle par la condensation, la défense schizoïde par le clivage et la défense maniaque par le déni. La défense maniaque est caractérisée par le déni de la vie psychique intérieure, la croyance d'autonomie absolue, c'est-à-dire de n'avoir besoin de personne et de se suffire à soi-même, et par l'incapacité à envisager la perte de ses objets d'identification (ici, la mère de Sylvie). Cette défense peut évoluer vers une hyperactivité comportementale, une idéalisation ou une manifestation de toute-puissance [7].

Elle a donc endossé le rôle d'une mère modèle qui prend un soin extrême de sa famille. Elle aime et tient à se rendre indispensable. Que se passerait-il si elle ne l'était plus ou n'avait plus le sentiment de l'être ?

Il conviendrait de revenir sur ses deux années sabbatiques : comment cela s'est-il réalisé ? Pourquoi ? Quelle différence avec son état actuel où elle se juge et se veut indispensable... ? Elle a donc pu, il y a quelques années, prendre du temps pour elle, réaliser un projet personnel, sans s'occuper à ce point de son père.

Ici, chez Sylvie, apparaît la nécessité de protéger et de préserver l'image du père, de ne pas le laisser choir dans la déchéance, pour des raisons narcissiques et de défense contre le risque incestuel ou incestueux...

Pour mieux comprendre

Paul-Claude Racamier (1924-1996) propose le terme *incestuel* pour décrire des relations familiales sexualisées, mais sans passage à l'acte génital, alors que, dans l'inceste, le passage à l'acte est réalisé. On pourrait dire que l'incestuel est ce qui mime l'inceste, qui lui ressemble en tout point, mais qui reste imaginaire, évoqué dans le discours, les gestes, les sous-entendus, l'implicite, mais aussi dans le comportement et le vécu affectif [9].

L'absence de relations sentimentales chez Sylvie pourrait s'expliquer par sa peur inconsciente d'être violée à son tour comme sa mère l'a été.

Il est donc utile d'avoir présent à l'esprit tous ces points à travailler. Mais comment les aborder ? Faut-il du reste le faire ? Et avec quels risques ?

On a vu que bien que très volubile, la patiente n'est pas inabordable et que l'on peut l'amener à réfléchir sur certains points qu'elle soulève elle-même, sans jamais la forcer.

Le premier point important est de préciser avec elle sa véritable motivation à entreprendre cette psychothérapie, toujours en insistant sur le motif officiel allégué : son excès pondéral. Par exemple, à quoi servirait un accompagnement psychothérapique quand on fait un régime ?

On voit aussi que cette volubilité est une façon de mettre la psychothérapeute à distance. D'une manière ambivalente, la patiente lui demande de l'aide tout en la refusant, de même qu'elle se déclare très autonome dans la maîtrise de sa vie et de sa relation à sa famille, et en même temps, c'est tout l'inverse : elle a besoin de se sentir indispensable en prenant en charge et en contrôlant son entourage.

Accepter donc, dans un premier temps, le motif de l'accompagnement du régime. Essayer de nouer une relation plus personnelle avec elle, en l'approchant très progressivement, sans l'inquiéter, en respectant ses défenses qu'elle pourra peu à peu mettre elle-même en cause dans la mise en place de la relation. Mais peut-être aussi faut-il accepter l'idée, apparemment moins ambitieuse, de rester dans le rôle de soutien bienveillant, respectueux de ses défenses, avec une position uniquement d'écoute, de témoin. Cela pourrait suffire à l'aider à retrouver son poids normal, sa demande principale et apparente, et à régler plus ou moins les problèmes sous-jacents sans les aborder directement.

La thérapeute doit bien voir ces difficultés cachées derrière la plainte de surpoids, les comprendre et être prête à travailler à leur sujet si l'occasion se présente, et d'une manière plus ou moins complète selon les cas.

Analyse de la plainte et de la demande

Sylvie allègue d'emblée une problématique de surpoids tout en restant en surface en l'évoquant, en racontant son quotidien, mais sans aller plus en profondeur en elle-même.

Sa plainte prend l'allure d'une complainte, une plainte qui se répète immuable comme une lamentation.

La thérapeute doit la dépasser pour accéder à la réelle demande de la patiente. Quelle est-elle ? La demande est l'expression de son besoin : faire rentrer les choses dans l'ordre par exemple. Cette demande peut être directe ou indirecte, explicite ou implicite. La demande de Sylvie n'est pas de perdre du poids puisqu'elle s'en trouve très bien. Pourtant, elle parle beaucoup de son rôle de mère à la maison, de son père alcoolique, du manque de reconnaissance dont elle souffre.

Au-delà du repérage de la plainte, puis de la demande, la thérapeute doit se poser la question : « Qui demande quoi et pour qui ? » Sylvie aimerait-elle une psychothérapie pour son père ?

La place de la plainte dans la psychothérapie doit être bien située et écoutée, car elle est son essence même. Alors que le terme de plainte est parfois entendu comme celui d'un gémissement, voire d'une récrimination drainant une connotation péjorative, ce mot a pourtant d'autres corrélats psychoaffectifs. Lesquels ?

La plainte est d'abord un phénomène expressif. « La plainte est un cri du cœur » selon H. Ey (1900-1977) [4]. Parler de sa plainte suppose une excitation, au moins momentanée, pour la dire à quelqu'un d'autre que soi et sortir de sa propre rumination.

Elle nécessite ensuite un partenaire, au moins un témoin, au pire quelqu'un qui l'entendra, au mieux la comprendra. Elle nécessite donc l'interpellation d'un autre que soi, un accès à l'altérité, une intersubjectivité pourrait-on dire.

Enfin, la plainte a surtout pour but d'être reconnue. Pour certains, elle se donne l'air d'une dénonciation et, à l'extrême, elle envahit le discours des paranoïaques en quête de justice chez les quérulents processifs. Pour d'autres, elle devient une récrimination, une manière de porter une accusation pour en repousser une autre. Pour d'autres encore, elle incarne la revendication d'un droit.

En médecine, la plainte s'incarne dans le corps douloureux, mais aussi dans le préjudice, corporel ou psychique, et devient donc souffrance. Ainsi, la plainte permet l'extériorisation de cette souffrance.

Selon Jean Maisondieu, « entre plainte et complainte existe une opposition majeure : l'une doit cesser, l'autre veut durer », comme chez l'hypocondriaque dont la complainte ne cesse jamais, mais aussi à travers les accusations véhémentes des psychiatres entre eux qui se disputent à coups de théories.

Il persiste dans la plainte l'ambivalence suivante : la plainte exprime la douleur, la souffrance, mais ne cherche pas toujours à être satisfaite [1] : elle devient même parfois un mur, un écran, une demande impossible, énoncée en boucle, dénuée de sens... D'ambivalente, elle peut devenir ambiguë. Vallet le décrit en parlant de la plainte des adolescents : « Il lui [l'adolescent] faut s'initier aux petites phrases des grandes personnes, décoder les longues tirades aux idées courtes, faire l'exégèse des non-dits, des silences éloquents et des paroles vides. Il doit savoir que la société aime, comme le cinéma

muet, les gestes parlants et, comme les discours officiels, le verbe creux. Il apprend la puissance du dire dans les paroles du père auxquelles le droit romain accordait force de loi : quand le *pater familias* disait non, il reniait son fils, ainsi abdiqué de ses droits, éconduit de sa filiation [10]. »

La plainte est l'expression d'une souffrance dans la relation à l'autre. En psychothérapie, la demande n'est pas prise au pied de la lettre. Il convient bien de la déployer, d'en extraire le fonds et de l'articuler à l'histoire du patient. Dans la plainte persiste l'expression de l'incomplétude qui est le fondement même de la relation. L'écouter, c'est donc accueillir l'autre. On peut tout de même repérer quelques caricatures de plainte que nous n'évoquerons que brièvement pour rappel, car elles relèvent plus de la séméiologie psychiatrique, bien indispensable pourtant à connaître pour tout psychothérapeute :

- L'idée fixe ne donne en général pas lieu de se plaindre, car elle est normale, acceptée par le patient : elle est due à l'investissement important dans une entreprise, par exemple, pour un artiste très pris par son œuvre, y pensant incessamment, souvent avec plaisir, mais parfois traversé par les affres de la création.
- L'idée prévalente se rapproche plus de la pathologie et s'exprime plus volontiers par des plaintes soit dans le cadre d'un deuil particulièrement douloureux, soit dans la maturation d'un processus délirant en cours d'éclosion. Elle mérite alors une attention toute particulière et il conviendra pour le psychothérapeute de solliciter l'avis d'un psychiatre.
- La rumination mentale ou le mentisme obsédant est la répétition, le ressassement incoercible d'idées sombres, de prévisions pessimistes, à l'instar d'une régurgitation alimentaire, jusqu'à créer de l'anxiété ou une insomnie d'endormissement et pouvant s'intégrer ainsi que l'a décrit P. Janet (1903) dans une personnalité obsessionnelle, un trouble anxieux, voire plus rarement s'intégrer dans un syndrome délirant.
- Plus rarement, la plainte peut prendre la forme d'une palilalie : c'est la répétition automatique et incessante avec ou sans écholalie (répétition automatique et incoercible des mots prononcés par l'entourage), signe orientant vers un trouble neurologique dégénératif comme une démence, ou vers un retard mental, ou encore vers des formes évoluées de schizophrénies. La logoclonie, plus rare, est la répétition d'une syllabe.
- La soliloquie est le fait d'un malade qui parle tout seul ou dans le cadre d'une schizophrénie qui entretient un dialogue hallucinatoire.

Au-delà de ces caricatures de plainte, il convient de différencier les plaintes entre elles :

- La plainte d'emprunt est la plainte d'un autre qu'on verbalise. Voici un exemple proposé par Françoise Dolto [2] : « Montre-moi où tu as mal à la tête. Là [en montrant sa cuisse]. Et là, c'est la tête à qui ? À maman. »
- La plainte partagée, transmise au soignant, est moins lourde à porter. Le patient doit comprendre que verbaliser sa plainte, c'est en faire le dépôt. Le soignant doit montrer au patient que se plaindre libère.

- La plainte en droit est un acte de revendication verbale ou consignée, c'est un moyen d'exister pour certains et un moyen d'agir pour d'autres, parfois pour nuire à autrui...

La plainte est aussi un moyen d'exprimer son identité. Elle offre ainsi l'expression de sa précarité, la plainte entendue au sens étymologique *pre-cari*, comme « prier », « supplier ». Elle renforce le lien social alors que le syndrome d'auto-exclusion implique une absence de demande, une disparition de la plainte [5].

Que faire de la plainte ? Les pistes sont nombreuses

Nous n'insisterons pas sur les prescriptions médicamenteuses qui peuvent viser à traiter dans leurs aspects psychiatriques certains troubles et pourraient s'associer à une prise en charge psychothérapeutique. Le thérapeute peut aborder la plainte de différentes manières.

Sous l'aspect extérieur du silence, il peut, intérieurement, faire preuve d'une présence empathique, éprouver un sentiment de lassitude, d'irritation ou des attitudes d'ignorance, d'indifférence, voire de mépris ou de rejet plus ou moins bien contrôlées. De toute façon, il doit être convaincu que ce silence sera ressenti par le patient à travers le regard, les manifestations discrètes qui le connotent la plupart du temps inconsciemment. Le silence, contrairement à ce que l'on pourrait croire, n'est jamais neutre et est, au contraire, toujours éloquent, même dans le dispositif psychanalytique dans lequel le patient ne voit pas le praticien. Il ne sert à rien de masquer les réactions du patient en les qualifiant de projections. Il est toujours essentiel d'être attentif à ses attitudes intérieures en recevant les manifestations du patient. Ainsi, le silence face à la plainte transmet le fait d'être en présence, attentif à autrui. Mais, à l'inverse, le silence pourrait apparaître comme une marque de mépris ou d'indifférence. Cette plainte, on pourrait aussi la taire, la minimiser ou au contraire l'exagérer, l'amplifier. Parfois encore, la répétition de la plainte se marque d'elle-même d'un effet d'usure et se tarit.

Pour le psychothérapeute, il s'agira plutôt de l'écouter et de la comprendre, de l'objectiver en la reformulant, de la transformer en aidant le patient à l'exprimer au mieux ou alors différemment s'il tourne en rond en utilisant des médias tels le dessin, la danse. Pour les cognitivistes, la plainte sera explorée en appliquant la technique de la résolution de problèmes.

Lorsque la plainte est complètement extraite de la biographie, on pourra proposer de se recentrer sur l'affect. Quand la plainte y est trop engluée, on pourra lui proposer plutôt de se décentrer de lui-même.

Mais, dans tous les cas, « dire sa souffrance, parler de sa souffrance est tenter d'énoncer *à partir de* sa souffrance et non *sur sa* souffrance. L'un des paradoxes de la conduite clinique consiste justement à créer les conditions

pour permettre à un sujet de se retrouver à partir de la souffrance, de se dire à partir de sa souffrance [6] ».

La plainte doit se dérouler, se développer dans la rencontre avec le psychothérapeute. Son intervention doit se parer de tact et arriver de manière opportune. Freud propose une parabole pour illustrer le bon moment de l'intervention du thérapeute dans *Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient* (1905) :

« La femme d'un baron est sur le point d'accoucher. L'époux anxieux, comme il se doit, car il avait sans doute maintes bricoles à se reprocher, fait appel au meilleur accoucheur de la ville, seul digne de mettre au monde l'aristocratique enfant. Le praticien examine la parturiente et propose au mari une partie de cartes en attendant que la dilatation soit suffisante. Au bout d'un petit moment, la future mère s'écrit : "Mon Dieu, que je souffre !" Le mari, pâle et défait, dit à son partenaire : "Professeur, ne pensez-vous pas..." Mais le professeur continue sereinement à jouer. Quelque temps plus tard, la future mère crie en allemand : *Ach Gott, ich halt' es nicht mehr aus !* ("Dieu, je n'en puis plus !") Le mari, cette fois livide et défaillant, supplie le professeur d'intervenir, mais ce dernier impose de continuer le jeu. Enfin, une demi-heure plus tard, on entend la baronne s'écrier : *Oi weih, gewalt geschrien !*, équivalent yiddish de "Au secours !". Alors, le professeur pose ses cartes et dit : « Le moment est venu. »

Ici, l'expression de la douleur ne laisse pas le médecin indifférent, il s'identifie à la parturiente, mais ne se substitue pas à elle. Identification, oui ! Substitution, non !

Alors, quand intervenir dans le discours de Sylvie ?

L'intervention est possible : il faut rechercher la faille et faire césure ou coupure sans être traumatique.

Quels sont les risques de l'intervention ?

D'un côté, l'intervention peut couper la patiente, car elle est très volubile. D'un autre côté, aller au fond des choses pourrait la déséquilibrer alors qu'elle paraît en bonne forme en surface.

Il s'agit donc d'intervenir de manière adaptée. Comment ?

En utilisant des questions ouvertes de préférence. Ainsi, on souligne un mot par exemple. Certains psychothérapeutes plus expérimentés reprennent une expression de manière lapidaire.

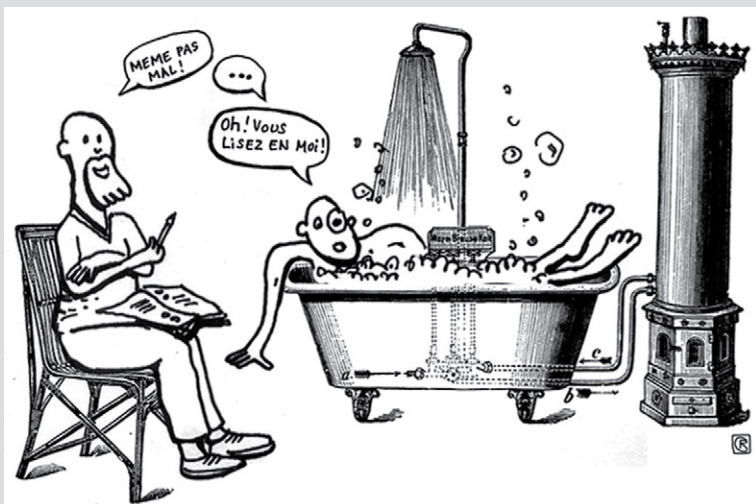
Pour mieux comprendre

Vignette clinique

Un patient évoque la scène suivante : sa mère est décrite comme omnipotente et intrusive. Il raconte qu'à un moment donné, alors que, jeune enfant, il barbotait dans son bain, sa mère lui donna une gifle qui le blessa



profondément, bien plus que n'en souffrit sa joue. Il se souvient de lui avoir répondu : « Pas mal ! » comme une fanfaronnade et il évoque la scène au cours d'une séance. Bien des mois plus tard, lors d'une nouvelle séance, le patient critique son thérapeute, se plaint de son attitude qu'il qualifie d'autoritaire et d'omnipotente. Après l'avoir laissé suffisamment s'exprimer, soudain, le thérapeute laisse échapper après quelques secondes pour décider d'intervenir : « Pas mal ! », expression antérieure du patient qui lui revient subitement en mémoire. Surpris, le patient marque une pause, se souvient bien et répond : « Vous lisez en moi ! » Il prend alors conscience du caractère projectif et transférentiel de sa plainte : il revivait sans s'en rendre compte la scène qu'il avait vécue autrefois et qu'il avait rapportée antérieurement. Ceci d'autant plus qu'il s'agissait d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique et que le patient était allongé sur le divan, sans voir le thérapeute.



Commentaire

Cet exemple, dont on rencontre souvent des faits similaires, pose plusieurs questions classiques, en particulier dans un contexte psychanalytique :

- Celle du dialogue inconscient qui se déroule entre le patient et son psychothérapeute. L'histoire ou le vécu du patient, s'il est suffisamment investi, s'inscrit dans l'inconscient du psychothérapeute et y déroule son cours, comme le cours d'eau souterrain qui double toujours le fleuve ou la rivière en surface.
- Le développement de l'expérience relationnelle du patient et du thérapeute crée entre eux une histoire commune qui redouble celle du patient où le psychothérapeute prend la ou les places qui lui sont assignées.
- Dans l'inévitable et nécessaire répétition, certains faits, apparemment nouveaux, donnent lieu ou non à une intervention. Si rapide qu'elle soit, elle ne doit jamais être impulsive et doit être réfléchie au moins le temps de quelques secondes.

- Ici, le psychothérapeute a ressenti comme une nécessité intérieure et a clairement vu qu'il était nécessaire d'intervenir rapidement pour éclairer le transfert.
- La forme lapidaire de son intervention a été plus efficace qu'un commentaire théorique plus ou moins long. Il est d'ailleurs toujours recommandé, dans ce genre de cas, d'être bref.
- Ici, par le rappel textuel des mots du patient, le thérapeute réalise presque un *acting out* par son interjection subite. Il s'introduit dans le vécu fantasmatique inconscient du patient et se substitue directement à l'image de la mère. Mais surtout, il s'identifie au patient et prend sa place en face de la mère et, par la répétition de son exclamation, lui montre qu'il le soutient au point de prendre sa place, en reprenant ses propres mots, en face de la mère fantasmatiquement présente à l'esprit de chacun d'eux, dans la séance, inconsciemment. Le patient peut alors vivre le fait que le psychothérapeute le soutient au point de s'identifier pareillement à lui, en face de l'effigie d'une mère qui ne réagit pas. Il peut comparer les deux images, celle du psychothérapeute qu'il prenait pour sa mère, alors qu'il prend sa place à lui, et celle de la mère qu'il confondait avec le thérapeute et qui assiste à la séance, comme une ombre, dans le fantasme, « dans les nuages » (*in the clouds*, en référence aux techniques informatiques comme on le dirait actuellement) ou dans la bulle pour parler le langage des bandes dessinées, et se rendre compte alors de sa projection et de son transfert. Il faut signaler, bien entendu, qu'il s'agit d'un patient névrotique, intelligent et suffisamment avancé dans sa psychothérapie. Une telle intervention n'aurait pas été envisageable avec un patient psychotique chez qui le psychothérapeute serait devenu un élément actif de son délire.

On ne peut pas qualifier cette intervention d'intrusive, car elle a lieu dans le cadre d'une psychothérapie demandée et voulue par le patient qui de ce fait souhaite que son thérapeute s'intéresse à son vécu personnel sous toutes les formes souhaitables. À l'inverse, une telle intervention serait tout à fait inacceptable dans un autre contexte, hors psychothérapie. Ce serait ce que l'on appelle une interprétation sauvage.

Nous constatons ici que cette forme d'intervention, presque psychodramatique, a été bénéfique, car le patient s'est beaucoup amélioré après, mais beaucoup d'auteurs seraient très critiques à ce sujet. Elle se réfère plus particulièrement aux théories sur l'agir en psychothérapie [3].

Ainsi, en psychothérapie, reprendre quelques mots du patient et les lui rappeler à un moment fécond de son discours apporte plus qu'une longue explication. En plus de lui montrer qu'on l'écoute, on lui fait éprouver que l'on fait siens, sans se l'approprier, son vécu et son histoire personnelle. On lui laisse une empreinte et c'est aussi en ce sens que se crée l'expérience émotionnelle correctrice, un des facteurs communs fondamentaux de la psychothérapie. Le patient a revécu la scène avec sa mère, mais avec une personne différente qu'il a mise à sa place et d'une manière essentiellement différente. Le psychothérapeute ne lui a pas dit : « Voyez, je suis meilleur que ne l'a été votre mère », mais il lui a fait faire l'expérience que la même scène pouvait, dans la remémoration, se revivre d'une manière essentiellement différente.



Toutefois, ce genre d'intervention nécessite une grande pratique pour être utilisée correctement. Il n'est pas recommandé à une jeune psychothérapeute, sauf cas particulier et sous contrôle, de s'y livrer.

En outre, si le patient ne comprend pas les mots du thérapeute, il faut les désamorcer immédiatement en lui expliquant l'allusion. Une autre limite à rappeler est qu'il ne faut pas user de cette technique en présence d'un tiers, car le patient pourrait le vivre comme une trahison dans l'intimité créée avec son thérapeute. Toutefois, la présence d'un ou plusieurs tiers en psychothérapie relève de cas particuliers (psychothérapie familiale, psychodrame, psychothérapies de couple, de groupe, etc.). Cette technique pose aussi la question du rôle de miroir bien connu en psychothérapie, et bien d'autres encore, le sujet n'est pas épuisé, comme celle, éventuellement discutée, de la transmission de pensée, etc.

Ce qui nous paraît important de retenir ici, c'est qu'il y a toujours un moment opportun pour une intervention, surtout dans un contexte inspiré par la psychanalyse, et qu'il est nécessaire de bien étudier la situation créée avec le patient pour pouvoir y œuvrer d'une manière pertinente.

Pour mieux comprendre

Un *acting out* se produit pendant une séance de psychanalyse, dans l'échange entre le thérapeute et son patient, symboliquement ou dans le fantasme, alors que le passage à l'acte désigne une action impulsive, parfois violente, en dehors de tout contexte psychothérapeutique [8].

Ainsi, la césure doit :

- être lapidaire sans jamais devenir agressive ;
- être complice sans jamais trahir ;
- être allusive pour amener le patient à un retour sur lui-même dans une visée narcissique : ce qu'il dit est retenu et marque sa trace chez le thérapeute. En retour, le thérapeute lui marque son attention ;
- prendre place dans une thérapie longue où une histoire s'est construite avec le thérapeute et le patient alors que, dans les psychothérapies brèves, la césure fera coup de foudre, ou flash, avec un succès incertain.

Références

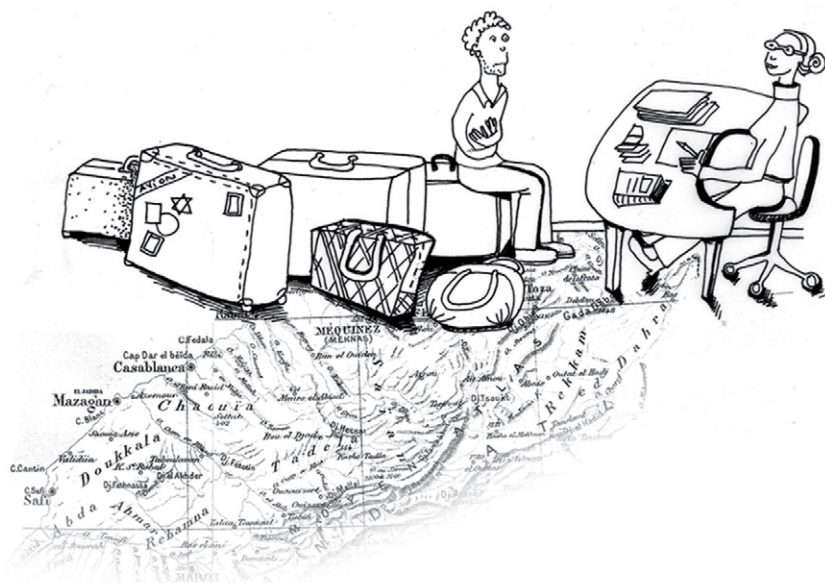
- [1] Charazac M. Qu'est-ce que la plainte ? Santé mentale 2005;95:24-9.
- [2] Dolto F. Préface. Maud Mannoni. Le premier rendez-vous avec le psychanalyste. Paris: Gonthier; 1965.
- [3] Dubor P. Place de l'agir et de l'interprétation dans les psychothérapies. Rev Fr Psychanal 1991;55(3):733-54.

- [4] Ey H. Naissance de la médecine. Paris: Masson; 1981.
- [5] Furtos J. Introduction : souffrir sans disparaître. In: Furtos J, Laval C, editors. La santé mentale en actes : de la clinique au politique. Paris: Érès; 2005. p. 9-38.
- [6] Jacobi B. Les mots et la plainte. Paris: Érès; 1998.
- [7] Klein M. Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. Essais de psychanalyse. Paris: Payot; 1968. 341-369.
- [8] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: PUF; 2004.
- [9] Racamier PC. L'inceste et l'incestuel. Paris: Dunod; 2010.
- [10] Vallet O. Qu'est-ce que dire ? Adolescence. 1999;17(1):219-21.



La relation patient, thérapeute

Un temps pour comprendre, un autre pour agir



Comme déjà indiqué, le cas clinique présenté ici est précédé des questions auxquelles il serait utile d'essayer de répondre. À la suite, vous trouverez des commentaires susceptibles d'être confrontés au travail personnel réalisé.

Questions

1. Les causes organiques possibles ayant été éliminées, discutez les différents diagnostics psychologiques et psychiatriques possibles.
2. Quelle est la problématique de ce cas ? Proposez-en une conceptualisation.
3. Quelle conduite thérapeutique envisageriez-vous ?
4. Quelles techniques psychothérapeutiques proposeriez-vous à ce patient ?

Exposé du cas

Mourad est un travailleur immigré d'origine marocaine, âgé de quarante-quatre ans. Ses troubles se sont installés en quelques jours sous forme de douleurs épigastriques postprandiales avec nausées et vomissements, alors que son transit intestinal et ses selles étaient normaux. Cette symptomatologie ayant fait suspecter une pancréatite aiguë, le malade a été hospitalisé dans un service de chirurgie. Au cours de ce séjour, l'hypothèse de ce diagnostic a été éliminée et un bilan très complet n'a retrouvé aucune cause organique décelable. Et pourtant, les troubles persistent en milieu hospitalier. Mourad s'alimente avec difficulté et continue de maigrir.

Bien qu'en France depuis sept ans et maîtrisant suffisamment la langue pour entrer en contact avec ses interlocuteurs, il adopte dans le service une attitude de retrait, restant à l'écart des autres malades, n'exprimant aux soignants qu'une plainte pauvre et stéréotypée.

On apprend qu'il travaille comme manœuvre dans un chantier depuis son immigration. Il n'a jamais eu d'arrêt-maladie ni d'accident du travail. Il est marié, a quatre enfants, mais attend qu'on lui accorde un logement plus spacieux pour pouvoir faire venir sa famille en France. Jusqu'à un mois avant son hospitalisation, il partageait l'appartement de sa sœur et de son beau-frère, mais, à la suite d'une discussion assez violente au sujet de problèmes familiaux, le beau-frère lui a fait comprendre que c'était par faveur qu'il lui offrait l'hospitalité et que s'il n'était pas content, il n'avait qu'à partir. Blessé dans son amour-propre, Mourad est allé loger dans un hôtel et s'est vu contraint de payer un prix de location beaucoup plus élevé que sa contribution au loyer antérieur, tout en étant désormais coupé du seul soutien familial qu'il avait en France.

C'est dans ce contexte que les troubles digestifs se sont installés.

La prescription d'une convalescence au Maroc, chez lui, verra ses troubles s'effacer, puis disparaître grâce, en particulier, d'après le patient lui-même, aux préparations culinaires de sa femme, nourriture que son estomac est capable de supporter. Hélas, à son retour en France, les troubles réapparaîtront.

Commentaires et propositions de réponses

Ce cas clinique suscite plusieurs remarques.

Discussion des diagnostics

Là où les causes organiques possibles ont été provisoirement éliminées, le diagnostic s'oriente vers une origine psychologique ou psychiatrique des troubles. L'élimination des causes organiques n'est que provisoire et jamais définitive, car certaines affections, comme le cancer par exemple, peuvent évoluer très lentement et ne révéler leur véritable nature que tardivement, après plusieurs années, ayant longtemps laissé croire qu'il s'agissait de

troubles purement fonctionnels. Il ne faut donc jamais abandonner cette idée, même si actuellement le contexte dans ce cas clinique oriente raisonnablement vers une cause psychologique. Il faut aussi se souvenir que les symptômes, en psychologie médicale, doivent toujours être envisagés dans le double registre de l'organicité et du fonctionnement psychique. Même la maladie la plus organique, comme un cancer, entraîne des répercussions psychiques importantes à prendre en considération chez le malade avant tout, mais aussi chez le personnel soignant.

Inversement, des troubles psychiques peuvent avoir des répercussions organiques, comme la production d'une gastrite dont on sait qu'à côté des nombreux facteurs organiques susceptibles de la provoquer (alcoolisme, tabagisme, etc.), les facteurs de stress, tels les traumatismes émotionnels ou psychiques, peuvent y avoir aussi une importante responsabilité. C'est probablement l'hypothèse la plus vraisemblable à envisager chez ce patient.

En effet, les troubles sont apparus après la survenue du conflit familial, dans une situation de précarité et de rejet qu'il a aggravée sur le plan affectif et matériel. Les troubles se sont amendés lors de son retour au pays au sein de sa famille et ont repris à son retour, le replongeant non seulement dans sa situation difficile d'immigré, mais encore plus dans celle d'une exclusion et d'une solitude complètes.

On peut donc parler d'une gastrite fonctionnelle, d'un trouble « psychosomatique » ou même « psychosomatique ». La présence ou l'absence du trait d'union indique l'hypothèse d'une liaison plus ou moins importante entre le trouble psychique et l'apparition des lésions organiques. D'autres hypothèses peuvent être proposées : des manifestations anxieuses ou dépressives à mode d'expression somatique, en particulier gastrodigestive dans le cas présenté ici.

Conceptualisation

Un traumatisme mineur peut avoir un impact psychique majeur

Un traumatisme affectif apparemment mineur sur le plan objectif peut venir bouleverser un équilibre affectif fragile qui s'était maintenu très longtemps sans donner de signe de défaillance.

Effectivement, l'état affectif de Mourad apparaissait déjà compromis, car il vivait séparé de sa famille et travaillait dur pour la nourrir. Pourtant, il se maintenait en équilibre, car il était accueilli par la famille de sa sœur et de son beau-frère. Sans doute, cette situation d'hébergement ne devait pas être très facile, avec ce que l'on peut supposer de promiscuité et de rivalité potentielle entre les deux hommes par rapport à la sœur du patient. Toutefois, cette situation lui permettait de réaliser des économies et ainsi de mieux préparer la venue de sa propre famille en France. Le soutien matériel et affectif que sa famille d'accueil lui prodiguait lui était probablement très important.

La discussion assez vive au sujet de problèmes familiaux est un fait banal en soi, mais il a pris une valeur affective et subjective considérable pour ce

malade tant dans la perte de la sécurité matérielle que dans celle du soutien affectif qu'il y trouvait jusqu'alors. Ce conflit provoque donc une blessure d'amour-propre, une blessure narcissique en termes psychanalytiques, une perte d'estime de soi en termes comportementalistes.

Un symptôme physique peut avoir comme fonction d'exprimer la souffrance due à une perte et en représenter la recherche d'une compensation

On remarque que les troubles de Mourad (gastralgies, nausées, vomissements) apparaissent en réaction à cette situation de perte. Dans une lecture psychopathologique, cette perte est triple, car elle associe :

- une rupture des liens avec le noyau familial qui permettaient au patient de mieux tolérer son statut d'immigré et l'éloignement d'avec sa femme et ses enfants ;
- une éviction de son habitat familial ;
- l'abandon de la nourriture traditionnelle, celle du Maroc, qui constituait peut-être aussi un trait d'union symbolique avec son pays d'origine, sa culture familiale, sa femme et, à travers elle, l'image de sa propre mère.

Des symptômes corporels peuvent être considérés comme les éléments d'un langage [4]

Les différents symptômes présentés par Mourad peuvent être considérés comme s'inscrivant dans un contexte dépressif. On pourrait évoquer à la fois une dépression masquée [9] et, selon une conception d'inspiration psychanalytique plus classique, un mécanisme d'hystérisation, c'est-à-dire l'expression dramatique par le corps d'un conflit psychique inconscient par le mécanisme de conversion ; ou, selon une vision plus moderne, athéorique, un constat de somatisation. La somatisation est la production de symptômes médicalement inexplicables [2].

En effet, ces symptômes peuvent être considérés comme traduisant la souffrance liée à une perte d'objet. Ils évoquent surtout un sens particulier à travers leur mode d'expression dans la sphère digestive. En psychologie médicale et en référence à la théorie psychanalytique, on estime que le symptôme est à lire dans un double sens. Il renvoie comme déjà évoqué à un double, voire à un triple registre, non seulement organique par l'hypothèse de la pancréatite ou de la lésion gastroduodénale, mais aussi psychique par le conflit inconscient qu'évoquent les expressions du langage courant suivantes : quand on est très blessé affectivement, on dit souvent que « cela me fait mal au ventre », « ça me retourne les tripes » ou « j'en suis ulcéré ». Enfin, il renvoie à un troisième registre, ici social, par la perte du logement, de la sécurité matérielle, dont les conséquences s'intriquent aux deux premiers.

Bien que Mourad parle suffisamment le français pour s'exprimer oralement, l'intensité émotionnelle de sa situation actuelle le ramène à un vécu infantile, sur le mode d'une régression, et donc le ramène à un mode d'expression verbale similaire.

Du reste, on sait que, dans certaines formes de dépression graves, le langage est également perturbé. Le malade ne peut plus parler dans les formes stuporeuses de mélancolie. Dans certains autres cas, on a observé que des malades d'origine étrangère pourtant bien acculturés perdaient la possibilité de s'exprimer au cours de leur accès dépressif, ne pouvant y parvenir qu'en recourant à leur langue maternelle. Une fois sortis de l'épisode dépressif, l'usage de la langue du pays d'accueil leur revenait spontanément.

Les symptômes ont bien une valeur de langage corporel.

Ainsi, cette rupture familiale l'a ulcéré, lui a « fait mal au ventre »... Ces symptômes fonctionnels, sans substrat anatomique, expriment un conflit affectif important. Le conflit psychique est l'expression d'exigences internes incompatibles ou inconciliables. On peut parler, ici aussi, de pathologie psychosomatique.

Nous distinguons trois sens à ce terme :

- Tout d'abord, le mot s'écrit avec un trait d'union et désigne la psychologie médicale, c'est-à-dire l'abord des facteurs psychiques toujours plus ou moins impliqués dans toute maladie.
- Ensuite, il renvoie plus particulièrement à la pathologie hystérique classique de référence psychanalytique ou, dans une formulation plus moderne, aux troubles somatoformes ou de somatisation définis dans les classifications actuelles telles que celles du DSM-IV-TR et de la CIM-10. On sait par de nombreuses études que ces troubles sont très fréquents : plus de 30 à 40 % de la clientèle des médecins généralistes en France, selon certaines enquêtes, est concernée.
- Enfin, le mot s'écrit sans trait d'union pour symboliser la relation plus étroite entre le domaine psychique et la sphère corporelle. Ce terme-ci désigne le concept classique de la pathologie psychosomatique actuellement très discuté. Ici, le conflit psychique inconscient serait lié à des symptômes somatiques avec apparition de lésions organiques. Cette conception est rejetée par certains, mais mettrait en cause le rôle de médiation du système immunitaire pour ceux qui l'admettent.

Pour en revenir à notre cas, l'inappétence, le rejet alimentaire évoque aussi l'impossibilité de se laisser nourrir par un environnement devenu brusquement hostile par projection des affects agressifs. La nostalgie de la nourriture originelle préparée par un personnage familial dont l'affection et la fidélité ne sont pas mises en doute renvoie probablement à l'image maternelle. Cette nourriture, prodiguée d'abord par la mère dans la prime enfance, devient par la suite le symbole du lien primaire si important établi avec elle et possède une valeur affective évidente dans toutes les cultures.

Le langage corporel vient pallier les limites du langage verbal

Une fonction corporelle élémentaire vient remplacer chez Mourad les possibilités d'expression verbale de son conflit psychique. Ses capacités linguistiques apparaissent d'autant plus restreintes qu'il est immigré et se heurte à la barrière linguistique dans son pays d'accueil. En fait, auparavant, il arrivait à s'exprimer très correctement, et c'est au cours de son hospitalisation

que son mode d'expression verbal s'est considérablement réduit, allant de pair avec son attitude globale de retrait. En outre, on remarquera que dans sa langue maternelle, un dialecte arabe, il n'existe que peu de mots pour exprimer spécifiquement les états psychiques qui sont la plupart du temps rapportés au corps.

Souvent, cette situation marque aussi le reflet du manque habituel de disponibilité de la part des autochtones à l'égard des travailleurs immigrés. Il convient de préciser que le terme trop facilement utilisé de « syndrome méditerranéen » à connotation péjorative et sans aucun fondement scientifique traduit la profonde méconnaissance des pathologies transculturelles autant que l'incompétence des immigrés récents à utiliser la langue du pays d'accueil. Dans les situations de conflit affectif, de régression ou de dépression, il arrive que des troubles cognitifs se produisent et que le maniement habituel de la langue soit inhibé. Dès lors, elle ne suffit plus à exprimer l'intensité émotionnelle vécue. En effet, selon Freud et les psychanalystes, le langage ne peut traiter que des quantums d'affects limités ou de peu d'intensité.

Le choix de la fonction malade n'est donc pas ici le pur effet du hasard. Le symptôme garde, dans la relation avec l'entourage et en particulier avec les soignants, une valeur de communication. Encore faut-il le savoir pour pouvoir communiquer avec le patient. Un personnel soignant suffisamment formé à ce genre d'approche peut faire l'effort de se montrer plus accueillant, plus disponible, plus ouvert et compréhensif, encourageant le malade, cherchant à la mettre en confiance, ce qui peut l'aider à s'exprimer plus correctement. Encore faut-il aussi que le cadre institutionnel et administratif le permette.

Quel est l'intérêt de la psychologie médicale ?

La psychologie médicale est une conception de la médecine qui prend en compte les aspects psychologiques aussi bien qu'organiques de la maladie, selon les points de vue du malade comme pour ceux du personnel soignant. Elle vise en particulier à traduire le langage corporel en langage verbal.

On voit ici combien cette approche éclaire d'un jour particulièrement utile la compréhension, autrement demeurée mystérieuse, du cas de ce patient et pourrait être élargie à de nombreux autres cas semblables.

Dans notre classification des psychothérapies, nous situons la psychologie médicale au niveau 2 des psychothérapies qui correspond aux psychothérapies dont le processus est relationnel, mais dont le cadre et le contrat sont centrés sur le corps. Ici, le processus est apparemment corporel alors qu'en réalité il implique aussi, et peut-être même en priorité, le fonctionnement psychique. Le cadre et le contrat dans un service chirurgical, par exemple dans ce cas, portent essentiellement sur le corps. Toutefois, les troubles du fonctionnement psychique sont sans doute les plus importants alors qu'ils n'apparaissent qu'en filigrane, comme l'ombre portée de la prise en charge corporelle, organique et biologique.

Pour être véritablement prise en charge, la demande doit être déchiffrée, sans abandonner complètement le niveau corporel, mais replacée à son

niveau psychique. Encore faut-il que le patient puisse l'accepter, ce qui n'est pas toujours le cas, loin de là ! En particulier, dans les troubles hystériques ou hypocondriaques, hommes et femmes tiennent souvent à être considérés comme de véritables malades somatiques. Ainsi, la prise en charge psychothérapique doit dans un premier temps passer par un abord d'apparence somatique avant que le patient puisse accéder à la compréhension de la véritable nature de son trouble.

Cette réflexion sur la nature des symptômes, sur le diagnostic et finalement ce que l'on peut appeler l'élaboration ou la conceptualisation du cas nous conduit à envisager ses modalités de prise en charge.

Conduite thérapeutique et approches psychothérapiques

La prise en charge par le médecin généraliste : l'approche en psychologie médicale [7,8]

D'un point de vue pratique, il faudrait que ce malade soit orienté vers un médecin généraliste, son médecin traitant, un médecin formé à cette approche fondamentale de la médecine pour qu'il puisse être traité dans le double registre de la prise en compte de l'aspect somatique et surtout des aspects psychologiques des symptômes. Un tel malade ne relève pas d'une psychothérapie réglée ou systématisée, mais plutôt d'attitudes psychothérapiques : une écoute compréhensive, empathique et bienveillante, une attitude de soutien. Une collaboration avec une assistante sociale apparaît utile pour qu'il bénéficie de conseils, de l'aide et de l'orientation nécessaires. En effet, Mourad doit être accompagné dans sa recherche d'un logement plus spacieux et moins onéreux pour pouvoir faire venir le plus rapidement possible sa famille, être aidé pour mieux gérer son budget, régler ses différents problèmes matériels, s'insérer socialement, prendre contact avec une association d'immigrés de son pays et sortir de son isolement social, par exemple.

C'est l'application du modèle dit « biopsychosocial » de la médecine, déjà largement évoqué. La prise en charge des seuls « actes instrumentaux » ne peut conduire qu'à l'impasse. Comme le médecin généraliste est appelé à pratiquer de la « petite chirurgie », il est aussi amené à entreprendre de la « petite psychothérapie », psychothérapie de type 2, petite par l'importance des attitudes, mais grande et surtout efficace dans sa portée quand elle est bien appliquée. Ceci rappelle le « changement limité quoique déjà considérable » selon Balint [1]. Une conception plus ouverte encore est ce que l'on appelle « l'éducation thérapeutique », mais malheureusement, aujourd'hui dans sa pratique, elle sombre dans une conception autoritaire et utilitariste qui pourrait en ruiner les effets.

Enfin, si le médecin traitant n'est pas en mesure de se charger de ce cas, il serait totalement illusoire, inutile et inefficace d'adresser ce malade sans aucune préparation à un psychothérapeute. Il est fort probable que le malade n'ira pas le trouver ou, s'il y va, qu'il ne comprenne pas ce qu'on lui

propose et qu'il n'y adhère pas. Effectivement, l'envoi vers un psychothérapeute se prépare, parfois sur plusieurs consultations. Malheureusement, les médecins généralistes, ou même certains psychiatres, ne sont encore pas assez formés à ce type d'adresse ni à la co-thérapie, nécessaire ici.

La prise en charge par le psychanalyste

Ce malade n'est absolument pas une indication de cure type, selon le modèle intégral de la psychanalyse, ni même d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique (PIP), ou d'une psychothérapie d'orientation psychanalytique (POP), selon son modèle réduit. Nous avons vu que le recours au langage de Mourad ou ses capacités d'élaboration en limitent l'indication. Pourtant, le recours à des outils conceptuels issus de cette théorie s'avère utile : les notions d'écoute neutre et bienveillante, d'anaclitisme, d'étayage, de soutien, de narcissisme, d'attitudes transférentielles et contre-transférentielles, de régression, de sens du symptôme, de catharsis ou d'abréaction, d'expérience émotionnelle correctrice, mais surtout aussi la conception d'un appareil psychique mû par des pulsions inconscientes, de complexe d'Œdipe et bien d'autres encore peuvent utilement éclairer, sans l'explicitier au patient, l'attitude du médecin à son égard [1,6]. Ces points sont développés dans d'autres chapitres.

Intérêt d'une technique de relaxation

La mise en œuvre d'un traitement par une méthode de relaxation telle que le « training autogène » de J. H. Schultz ou « les méthodes dérivées » de M. Sapir ou J. de Ajuriaguerra peuvent prendre place, à point nommé, dans le cours de cette prise en charge globale, probablement de plus ou moins longue évolution. Cette technique pourrait être appliquée, dans le meilleur des cas, par le médecin généraliste lui-même s'il sait la pratiquer, car elle renforcerait son impact vis-à-vis du patient, ou par un praticien travaillant en relation avec lui, en co-thérapie.

Pour mieux comprendre

Le terme de *co-thérapie* désigne la collaboration de deux ou plusieurs praticiens dans l'abord d'un patient. Elle a été notamment théorisée par Guyotat [7] et pose des problèmes spécifiques qu'il est important de bien connaître pour pouvoir la manier de façon plus adéquate.

La prise en charge comportementale

D'un autre point de vue, on pourrait aussi envisager un type de prise en charge plus inspirée par les méthodes comportementales. En effet, ce malade est probablement plus centré sur son corps et sur son comportement. Là encore, ce genre de technique peut être favorisé par la mise en œuvre d'une autre forme apparentée de relaxation appelée « biofeedback »

ou « rétroaction biologique ». L'état de relaxation ainsi acquis et pratiqué peut déjà à lui seul apporter un grand soulagement au patient. On pourra ensuite, selon les cas, compléter l'effet thérapeutique par le recours à des techniques comme celles de la désensibilisation systématique, de la méditation thérapeutique, de la *mindfulness therapy* (ou psychothérapie de la pleine conscience) ou d'autres formes encore plus récentes de psychothérapie cognitive émotivo-rationnelle (PCER) telle la psychothérapie de l'ACT, *acceptance and commitment therapy* (« psychothérapie de l'acceptation et de l'engagement »), selon les conceptions, les indications et les compétences du praticien. Nous ne détaillerons pas les spécificités de ces techniques, car les ouvrages sur le sujet sont nombreux [5,11].

Intérêt d'une prise en charge familiale

On s'interroge aussi sur l'intérêt d'une telle prise en charge, non pas envisagée comme une psychothérapie familiale systémique, psychanalytique ou comportementale, mais comme une collaboration souple et à la demande avec la famille du malade, évidemment pas avec sa femme restée au pays, trop loin, mais en proposant, si cela s'avérait réalisable, quelques entretiens avec sa sœur et son beau-frère, séparément ou mieux encore en présence du patient. Cela apparaît peu envisageable étant donné la situation, mais aurait tout de même le mérite d'être évoqué, au moins du point de vue théorique. Conduits adroitement, de tels entretiens permettraient un apaisement des tensions et donc renforceraient l'apaisement de l'anxiété, de la culpabilité, de la dépression chez le patient, sans espérer ni même viser à favoriser un retour dans la famille d'accueil. De tels entretiens seraient mieux pratiqués par le médecin généraliste dans le cadre de la prise en charge globale envisagée plus haut.

Conclusion

L'exposé et la discussion de ce cas clinique sont très intéressants et utiles à cause de la fréquence de ce genre de situation dans la pratique quotidienne courante, en cabinet libéral, chez le médecin généraliste et chez de nombreux psychothérapeutes, à l'hôpital ou ailleurs.

Ce type de cas suscite souvent le découragement et le pessimisme parce qu'on ne le comprend pas et que l'on ne sait pas comment le traiter, quand on ne le rejette pas d'emblée, souvent par préjugé.

En fait, il nous montre :

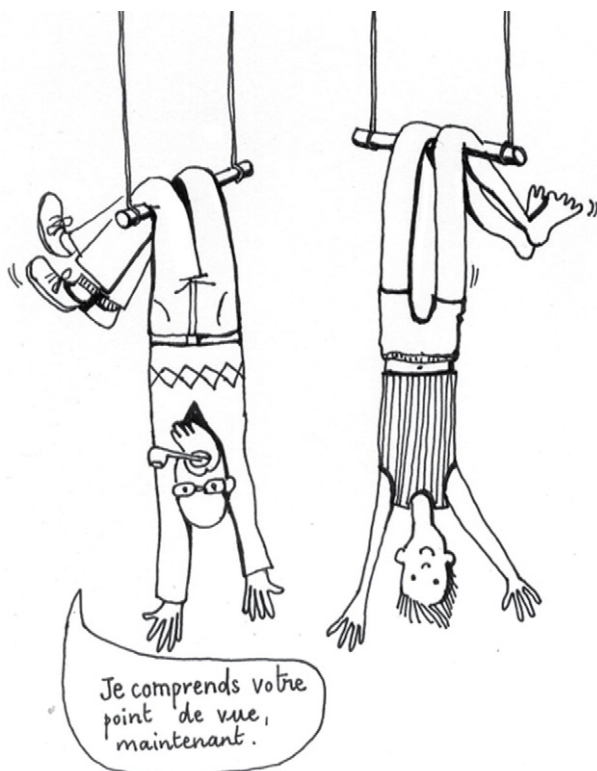
- l'intérêt d'une conception bien comprise de la psychologie médicale et de l'approche psychosomatique qui mériterait d'être largement enseignée ;
- l'intérêt d'avoir une classification éclairée et complète des différents niveaux et des différentes formes de psychothérapie. Les notions habituelles et courantes de « relation d'aide », d'« accompagnement » ne suffisent pas et restent dans le flou, car elles cachent souvent de l'incompétence et de la méconnaissance sous de bonnes intentions ;

- l'intérêt aussi d'une approche éclectique de la psychothérapie, c'est-à-dire le niveau 4 de notre classification [3,10]. Le niveau 4 ne considère pas les différentes écoles et leurs pratiques comme des chapelles en guerre les unes contre les autres, mais comme des théories et des techniques d'abord et avant tout au service des malades sans pour autant abandonner leurs spécificités respectives. De même, dans la théorie dite des facteurs communs, ces théories et ces techniques deviennent des boîtes à outils, des ensembles d'instruments à utiliser peu ou prou en fonction des indications et de la complexité de la pathologie présentée. La conceptualisation doit nécessairement être suffisante sur chaque cas particulier pour qu'en découlent les indications adaptées. Il faut abandonner l'attitude procustéenne, en référence au mythe grec ancien, où l'on adapte le patient à la technique au lieu de faire l'inverse, cause de nombreux échecs des psychothérapies ;
- l'intérêt d'une prise en charge globale du patient par un médecin généraliste bien formé à ces différentes approches et d'une organisation institutionnelle du système de santé qui le rende possible au lieu de réduire le soin à une approche comptable ;
- l'intérêt enfin d'une formation adéquate des psychothérapeutes à ce genre d'approche pour qu'ils puissent y trouver leur place et collaborer avec la rigueur et la souplesse nécessaires avec les différents intervenants éventuels.

Références

- [1] Balint M, *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot; 2003.
- [2] Cathébras P. *Troubles fonctionnels et somatisation*. Paris: Masson; 2006.
- [3] Chambon O, Marie-Cardine M. *Les bases de la psychothérapie*. Paris: Dunod; 2003.
- [4] Chertok L. *L'hystérie, langage du corps* (film). Association L'élan. Centre de médecine psychosomatique de l'Institut de psychiatrie La Rochefoucauld. Coproduction des laboratoires Delagrangue et Sciencefilm.
- [5] Cottraux J, Page D, Pull MC, et al. *Thérapie cognitive et émotions; la troisième vague*. Paris: Masson; 2007.
- [6] Fromm-Reichmann F. Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry* 1948;11(3):263-73.
- [7] Guyotat J, et al. *Psychothérapies médicales*. Paris: Masson; 1978.
- [8] Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. *Psychologie médicale*. Paris: Masson; 1996.
- [9] Keilholz P. *Masked depression*. Bern: Hans Huber Publ; 1973.
- [10] Rengade CE, Marie-Cardine M. *Les psychothérapies intégratives et éclectiques*. Sciences humaines. 2010.
- [11] Wilson K, Kotsou I, Heeren A. *Pleine conscience et acceptation: les thérapies de la troisième vague*. Bruxelles: de Boeck; 2011.

5 Émotion et empathie



Questions

Voici un cas clinique proposé comme un exercice pour évaluer les attitudes d'empathie.

Une psychothérapeute donne différentes séquences de psychothérapie à Jean, son patient. Elle adopte différents degrés d'empathie à travers ses propos et ses attitudes. La consigne de l'exercice est de noter le degré d'empathie exprimé à chaque séquence, de 1, le minimum, à 5, le maximum.

Présentation du cas : le cas de Jean

Séquence n° 1

La thérapeute *est adossée confortablement sur sa chaise. Son visage reste sans expression, mais elle accompagne ses propos de quelques mouvements des mains tout en hochant la tête très régulièrement.* – Donc, Jean, vous n'avez jamais participé à aucune activité sportive ou autre au lycée ?

Jean, *ses lèvres s'abaissent, son menton se crispe et tremble légèrement.* – Eh bien, j'ai essayé. Oui, évidemment j'ai essayé de participer à des activités sportives... J'ai fait de la lutte, mais je n'étais pas bon, car j'étais plutôt petit et mince... comparé aux autres garçons bâtis comme des lions... des armoires à glace... J'ai donc essayé le basket-ball, et je me suis foulé un poignet, et puis je me suis foulé la cheville une année, et donc ça ne marchait pas... J'ai donc essayé différentes voies, mais j'étais vraiment un raté, un perdant en général...

La thérapeute. – Vous avez donc essayé beaucoup de sports différents, mais aucun ne vous a réussi ?

Jean. – Oui, oui... Et les moqueries ont commencé, et tout le monde était contre Jean... Ce qui ne m'a pas aidé... Je crois que j'ai acquis un peu plus de confiance au lycée... Que peut-être la course m'aiderait un peu ; mais cela n'a pas suffi pour m'intégrer... J'ai commencé à réaliser que j'étais un artiste. J'aimais la peinture, alors j'ai commencé à faire quelques croquis et peintures. Je ne faisais pas que dessiner... C'était une activité très atypique pour quelqu'un en fin d'année de lycée où tout ce qui importait, c'était les filles...

La thérapeute *esquisse un léger sourire et un hochement de la tête pour ponctuer sa phrase.* – En fait, vous avez commencé à peindre et à dessiner parce que le sport n'avait pas marché ?

Notez le degré d'empathie : .../5

Séquence n° 2

La thérapeute, *ses jambes sont croisées. Elle est bien adossée, droite, un peu raide. Mains sur les cuisses, les doigts croisés, ses mouvements sont rares, ses yeux presque fermés.* – Jean, je crois que la dernière fois où nous avons parlé, c'était au sujet de votre sentiment d'appartenance à un groupe ?

Jean. – De non-appartenance...

La thérapeute *hoche régulièrement de la tête.* – Ah oui ! de non...

Jean, *contrôlé, légèrement tendu.* – Oui, j'étais toujours le rejeté du groupe. Avec ma famille, nous habitions une grande ferme... avec personne à des kilomètres à la ronde. Nous étions les nouveaux arrivants en ville... les nouveaux arrivants dans ce pays. Nous sommes arrivés là-bas alors que je commençais à aller à l'école... Il n'y avait donc que des familles qui étaient là depuis des générations... Étant « l'étranger », je voulais vraiment appartenir à leur groupe, mais comme je n'étais pas bon en sport... Vous savez, un garçon se doit d'être fort en sport. Et voilà, j'étais donc en dehors...

La thérapeute *dodeline*. – Oui, eh bien je ne comprends pas vraiment pourquoi vous teniez tant à rentrer dans le moule... alors qu'apparemment vous aviez votre propre héritage culturel. Pourquoi ne pas le suivre ?

Jean *sourit, son front est plissé*. – Oui, vous savez, l'école est un long chemin et en tant qu'enfant, être celui qui est rejeté, oui, ce n'est vraiment pas facile et j'avais vraiment besoin d'éprouver ce sentiment d'appartenance... Ça m'a poursuivi jusqu'au lycée où je voulais toujours m'intégrer. J'étais plus intelligent que la plupart des enfants et, évidemment, c'est ce qui m'a éloigné... mis à part des autres encore une fois.

La thérapeute *soupire et évite le regard du patient tout en conservant ses lèvres serrées*. – Mais peut-être que vous auriez pu vous servir de cette différence pour vous rendre plus original en quelque sorte...

Notez le degré d'empathie : .../5

Séquence n° 3

Jean, *passionné*. – Me voilà donc en train de travailler et la peinture me saisit, me tire et me fait faire cela... Et là, le gars de la porte à côté arrive et me demande si je veux jouer... Évidemment, je ne veux pas y aller, je travaille sur une peinture, je suis en train de naviguer... Chaque coup de pinceau est une partie de moi qui va sur la toile...

La thérapeute, *légèrement penchée en avant, ses doigts sont croisés, les yeux rétrécis, la bouche détendue*. – Alors, vous êtes vraiment dedans ?

Jean. – Absolument, absolument. C'est une partie de moi-même qui sort, c'est ma personne qui se révèle... Mais à ce moment où je suis sur le point de me livrer, je ne peux pas prendre le temps d'aller ailleurs. Un point c'est tout !

La thérapeute *dodeline et se penche en avant*. – C'était comme une intrusion dans votre intimité.

Jean. – Absolument, que faisait-il en venant dans ma peinture ? C'était ça, littéralement : « venir dans ma peinture »... Et, en même temps, je voulais qu'il vienne dans ma peinture, je voulais qu'il dise : « Eh ! Viens ! La bande sort. » Je voulais faire partie de la bande qui sortait...

La thérapeute, *tout en se rapprochant du patient*. – Vous vouliez peut-être qu'ils vous sortent un peu de cet isolement dont nous parlions et dont vous souffrez ?

Jean. – Oui, oui. On se sent seul à attendre là, devant, même si vous réussissez à faire sortir votre âme... Il n'y a pas de groupe, il n'y a pas de « Comment ça va ? », pas de gaieté, c'est l'isolement de la gloire, je crois...

La thérapeute. – Oui, d'accord...

Notez le degré d'empathie : .../5

Séquence n° 4

Jean. – ... L'isolement, c'est bien seulement quand c'est ce que vous voulez... Mais il y a des moments où vous voulez faire la fête...

La thérapeute *est penchée en avant, ses avant-bras prennent appui sur ses cuisses, elle fait régulièrement des mouvements de mains pour accompagner ses propos.* – Oui.

Jean, *enthousiaste.* – Et là, cet isolement (dû au succès) ne vous va pas. Cela vous fait mal, cela vous reste en travers... Cela ne devrait pas être là, mais ça y est tout le temps, cela se fait sentir continuellement... Vous savez : « Je suis là »...

La thérapeute, *enthousiaste.* – Oui, comme s'il y avait deux couleurs : celle de la souffrance et celle de la socialisation... Et si vous pouviez mélanger ces deux couleurs sur une toile, cela donnerait Jean...

Jean, *passionné.* – Oui ! Il y a juste que l'huile et l'acrylique ne se mélangent pas... Il doit bien y avoir une solution où je n'aurais pas refusé d'aller au match... parce que c'est aussi une partie de moi-même qui a besoin de fêtes, de relations amicales... et ça n'a pas à se mettre en travers. Pourquoi est-ce que cela ne se mélange pas... Pourquoi est-ce que cela ne peut s'assembler et ne faire qu'un... ?

La thérapeute, *passionnée.* – En fait, il faudrait que cela devienne deux huiles ou deux acryliques, car deux éléments différents ne s'assemblent pas...

Jean. – Oui, je commence à essayer d'y penser comme deux éléments d'un même ensemble.

Notez le degré d'empathie : .../5

Séquence n° 5

La thérapeute *sourit.* – Jean, j'aimerais en savoir plus au sujet de votre expression artistique.

Jean, *enthousiaste.* – C'était moi... C'était... à partir du moment où enfin je ramassais les peintures, les brosses et c'était comme si cela vivait, je voyais apparaître quelque chose sur la toile, quelque chose que je n'avais pas prévu, c'était *woah* !... Je suis sur la toile et cela surgissait juste là...

La thérapeute *sourit et hoche la tête en regardant le patient plus profondément.* – Un sentiment d'excitation ?

Jean. – Oui, cela me transportait plus haut, en d'autres lieux, et c'était un problème... si je voulais devenir un membre du groupe, car il ne faut pas être excité par quelque chose, il ne faut rien exprimer... Si je voulais devenir un membre du groupe alors, j'avais ce conflit entre l'excitation et l'envie de faire partie du groupe...

La thérapeute, *tout en accompagnant le discours du patient de hochements de tête.* – Donc, vous étiez hésitant quand même ?

Jean. – Oui, je ne savais pas où me diriger... C'était... euh... c'était frustrant... Ce n'était pas de la simple hésitation. Je voulais m'exprimer. Je ressens du plaisir à m'exprimer... et c'était comme si en faisant ça, j'acceptais d'être à nouveau cette même histoire encore et encore.

La thérapeute. – Vous étiez alors vraiment pris entre deux feux ?

Jean. – Oui, je l'étais, c'était absolument incroyable. Je me disais qu'il devait bien y avoir un mariage possible entre ces deux choses... Mais je ne pouvais pas trouver de solution...

La thérapeute *hoche encore de la tête en serrant les lèvres, les sourcils en accent circonflexe*. – C'était exaspérant !

Jean. – Oui.

Notez le degré d'empathie : .../5

Réponses

Vous avez trouvé ? Vous pouvez maintenant confronter vos réponses à celles qui vous sont proposées ([tableau 5.1](#)) :

Tableau 5.1
Réponses au cas « Jean »

Séquence	Réponses
1	Degré 2 = apathie
2	Degré 1 = antipathie
3	Degré 4 = empathie niveau supérieur
4	Degré 5 = sympathie
5	Degré 3 = empathie niveau inférieur

L'essentiel de l'empathie :

- comprendre les sentiments et points de vue du patient ;
- manifester et exprimer cette compréhension ;
- il s'agit aussi malgré tout de rester soi-même.

L'empathie ([tableau 5.2](#))

L'empathie est l'un des facteurs principaux des psychothérapies. C'est aussi une attitude spontanée qui peut être cultivée et affinée par la formation. Elle est à la base de l'élaboration de l'alliance thérapeutique considérée aujourd'hui comme le facteur principal du changement dans ce domaine. Elle doit donc être étudiée avec beaucoup d'attention. Mais ce terme recouvre en fait, à l'examen, des acceptions différentes. Il doit être, en particulier, différencié de celui de sympathie. Son emploi est donc empreint d'un certain flou qu'il importe d'éclaircir.

Abord historique du concept

Plusieurs courants ont étudié ce concept.

Tableau 5.2**Le concept d'empathie selon les différentes théories**

Champ théorique	Auteur (année)	Concept	Définition
Scepticisme	Pyrrhon (env. 365-275 av. J.-C.) et Sextus Empiricus (II ^e -III ^e s.)	<ul style="list-style-type: none"> – Épochè – Ataraxie – Aphasie 	→ Absence de jugement → Sérénité de l'âme et abstention de toute action → ne pas se prononcer
Philosophie esthétique	Lipps (1903) [24]	Interactions intersubjectives	Projection de soi dans un objet autre que soi
Phénoménologie	Husserl (1906) [19]	Monde commun	Médiation cognitive
Psychanalyse	Freud (1905)	Identification projective	Sympathie préalable au transfert
	Widlöcher (2004) [34]	Co-pensée	Processus de communication
Interactionnistes du <i>self</i>	Condon (1966) [4]	Échoisation corporelle	Petits mouvements en miroir
Systémie	Elkaïm (2004) [11]	Résonance	« Vibrer » sur le même thème
Neurobiologie	Frith (2008) [15]	Neurones miroirs	Imitation motrice automatique → éveil empathique
Cognition sociale	Decety (2006) [8]	Imitation, agencivité, régulation émotionnelle, flexibilité mentale	Ensemble de processus cognitivo-émotionnels

L'empathie naît chez les philosophes esthétiques allemands

Vischer (1873) invente le terme *Einfühlung* (*Einfühlungsvermögen*) pour décrire la sensibilité esthétique comme la projection de l'émotion du spectateur sur l'objet [16].

Théodore Lipps (1903) affine l'idée : il l'utilise pour résumer la relation qui s'instaure entre le sujet et l'objet dans la contemplation esthétique puis, plus largement, dans toutes les interactions intersubjectives pour préciser le lien entre les sensations éprouvées par le sujet et la forme de l'objet. Ainsi, le terme d'*Einfühlung* naît dans des considérations perceptives comme la « projection de soi dans un objet autre que soi [24] ». Mais chez ces philosophes, l'empathie est proche de la signification actuelle du terme sympathie.

Husserl [19] travaille sur la phénoménologie de l'intersubjectivité.

Pour lui, l'empathie permet la constitution d'un monde commun par la médiation cognitive. Cet accès au cognitif est essentiellement permis via le corps [19].

Le terme a ensuite été utilisé en psychologie et en psychanalyse.

Selon Max Scheler, l'empathie nous permettrait de ressentir ce que l'autre ressent. Il ne s'agit pas d'une projection, mais d'un dépassement de soi nous permettant de compatir.

L'empathie d'action

Titchener [32] reprend le terme pour l'ouvrir au champ de la psychologie. Il s'appuie sur son origine étymologique, du grec *empathia* (« sentir intériorité »). Sur le constat que l'imitation physique des émotions d'autrui suscite les mêmes sentiments en soi, Titchener [32] développe l'idée que l'empathie passe par l'imitation, ce qui trouve un écho dans les travaux des cognitivistes aujourd'hui. Woodworth [36] le confirme : « L'identification des émotions d'autrui passe par l'imitation de leurs expressions [36]. »

Abord théorique

Les différentes conceptions en psychothérapie sont plus complexes et mêlent des aspects variés.

La psychanalyse

L'empathie n'est qu'un préalable à l'identification pour Freud. Pour mémoire, l'identification est le processus par lequel un individu se rend semblable à un autre, en totalité ou en partie, par emprunt d'un élément ponctuel à cet autre. Elle sert de miroir pour refléter au patient son image. « Qui copiez-vous là ? », dit-il à sa patiente dans *Le cas Dora* (1905). Freud interprète ainsi les gastralgies de Dora comme une imitation, voire une identification projective à sa cousine dont elle jalouse le mariage. Mais, ici, Freud utilise le terme au sens de sympathie. Plus tard, Freud dira que l'empathie, toujours au sens de sympathie, permet d'accueillir le patient, de créer une ambiance relationnelle chaleureuse. Sans l'empathie, en effet, le patient ne cherchera pas à se confier et la parole du thérapeute sera nécessairement repoussée... « L'empathie devient une condition sine qua non de l'analyse, nécessaire à l'instauration du transfert positif et à l'accès à l'interprétation [3]. » (« Freud et l'empathie ». In : Bolognini S. *L'empathie psychanalytique*. Paris : Érès ; 2006. p. 39.)

Pour Kohut [21], l'empathie et l'introspection ont des effets thérapeutiques dans la mesure où elles permettent que s'établissent des liens différentiels indispensables à la cure. Il propose l'expression d'« introspection par procuration » pour exprimer la tentative que fait quelqu'un pour vivre la vie intérieure d'un autre tout en conservant simultanément sa position objective d'observateur [21] (p. 291).

Ferenczi reprend l'idée d'empathie, mais préfère l'utilisation du terme de tact : « Le tact, c'est la faculté de "sentir avec" [14]. »

Winnicott évoque l'empathie comme la possibilité d'entendre ce que l'autre n'entend pas de lui-même, telle la mère pour son nourrisson [26].

Lebovici précise que l'empathie est la compréhension affective, alors que l'*insight* (*Einsicht*) est la compréhension intellectuelle ou introspection [22].

Les nombreux travaux de Widlöcher développent le concept de co-pensée : « Le mécanisme [de l'empathie] est l'inverse de celui du contre-transfert dans la mesure où il s'agit, pour le thérapeute, de placer son esprit dans celui du patient et non pas d'observer comment celui du patient prend possession du sien. » Pour lui, « l'empathie s'applique à des événements de pensée et à des processus associatifs discrets, isolés, et non à une représentation globale de soi [34] ».

Globalement, pour les psychanalystes, l'empathie est un processus de communication et non un trait de personnalité ou une attitude émotionnelle.

La psychanalyse interactionniste, ou psychologie du self avec Condon, montre que l'empathie repose sur une synchronie interactionnelle par des petits mouvements en miroir comme une échoïsation corporelle, une mimo-gestuelle [4].

La systémie

L'abord systémique offre une acception très différente du terme empathie.

Elkaïm propose la notion de résonance [11] : « Le thérapeute doit donc s'efforcer de comprendre son vécu non seulement en le référant à son histoire propre, mais aussi en analysant sa fonction actuelle par rapport au patient ou à la famille qui le consulte. J'ai appelé "résonance" cette configuration particulière où des personnes appartenant au même système se mettent à "vibrer" sur le même thème. [...] J'insiste : la résonance n'est pas empathie, contre-transfert ou vécu en miroir... »

Les thérapies cognitives et comportementales

Elles reprennent l'idée d'empathie, mais comme une attitude émotionnelle du thérapeute au même rang que la sympathie, l'antipathie et l'apathie. L'empathie reste à privilégier pour instaurer une relation de collaboration avec le patient (cf. « Le questionnement socratique en thérapie cognitive ou la maïeutique »).

La neurobiologie

Dans la théorie de l'esprit, le système des neurones miroirs permet l'imitation motrice d'autrui de manière automatique [15]. Cette imitation réciproque facilite l'éveil empathique. Des lésions des voies neuronales impliquées compromettent les aspects cognitifs de l'empathie quand la lésion se situe au niveau préfrontal dorso-latéral ou compromettent les aspects émotionnels de l'empathie quand la lésion se situe sur les voies fronto-orbitaires [12].

La cognition sociale

Pour Decety [8], l'empathie repose sur l'agentivité qui est la reconnaissance de soi comme auteur de ses propres comportements. Le sujet empathique ressent à la base une expérience de similarité entre soi et l'autre, mais sans confusion entre lui et l'autre, de manière innée. Ainsi, l'empathie est l'interaction de quatre fonctions :

- un échange affectif entre deux personnes par perception automatique, puis représentations partagées : c'est le processus d'imitation ;
- une conscience de soi comme différent de l'autre pour éviter la confusion avec l'autre : c'est l'agentivité ;
- une flexibilité mentale pour adopter la perspective subjective de l'autre par le processus de simulation ;
- des processus de régulation émotionnelle [9].

Abord intégratif

Pour Carl Rogers, l'empathie, c'est « entrer dans le référentiel de l'autre sans s'y perdre ».

L'approche centrée sur la personne [27] recommande trois attitudes au psychothérapeute :

- l'authenticité ou la congruence dans sa manière d'être ;
- posséder un regard positif inconditionnel sur le patient ;
- développer une compréhension empathique auprès du patient.

L'empathie catégorielle

Elle repose sur une multicanalité : verbale, vocale et kinésique, et implique l'interactivité, c'est-à-dire un échange conversationnel. On peut distinguer trois catégories d'empathie :

L'empathie verbale

Elle est représentée par la réponse-reflet [27]. On parle plutôt d'empathie de pensée, car elle est cognitive et active : « L'empathie consiste à percevoir le cadre de référence interne d'une personne avec précision et avec ses composantes et significations émotionnelles, de façon à les ressentir comme si on était cette personne, mais sans jamais oublier le "comme si" [28]. »

L'empathie d'affect

Elle est plus passive. Elle est un « processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui qui permet de devenir sensible à tous les mouvements des affects qui se produisent en lui [29] ». Ce qui la différencie donc de la sympathie qui, elle, est une contagion émotionnelle.

L'empathie motrice

Elle est non verbale. Pour Dawes [7], les psychothérapeutes les plus efficaces, indépendamment du type de thérapies (psychanalytique, dynamique, comportementale...), sont ceux qui sont les plus empathiques.

Les psychothérapeutes perçus comme les plus empathiques par leurs patients sourient, se situent en face d'eux, s'inclinent légèrement vers eux, usent envers eux de mouvements des bras tant verticaux qu'horizontaux, maintiennent un écart avec eux de plus d'un mètre [23].

Merleau-Ponty a bien développé l'idée de l'empathie motrice par l'intercorporelité. L'intercorporelité est le processus de reconnaissance de l'autre

via les corps [10]. Elle n'est donc pas une simple imitation des attitudes de l'interlocuteur.

L'empathie dimensionnelle

L'empathie peut aussi se lire sur le mode dimensionnel en degrés d'empathie. Ainsi, les différents modes émotionnels dans la relation pourraient se décliner comme différents degrés d'empathie. Le cas de Jean, exercice proposé plus haut, montre cinq degrés d'empathie. Le niveau le plus fort est marqué par l'importance de l'authenticité dans la relation [17], car l'empathie ne peut pas se feindre. Ce dernier niveau d'empathie se rapproche le plus de la sympathie sans toutefois se confondre avec elle, car la notion de distance relationnelle intérieure maintient cette différence essentielle au travail psychothérapeutique.

Psychométrie

La mesure de l'empathie est l'apanage de la psychologie sociale. Quelques questionnaires ont été validés en français, mais essentiellement chez l'enfant et en population générale (tableau 5.3)

Outils thérapeutiques

Ces différentes considérations théoriques trouvent des applications pratiques en psychothérapie.

Le questionnement socratique en thérapie cognitive ou la maïeutique

Pour Socrate (470-399 av. J.-C.), le but de cet incessant questionnement est de trouver la définition d'un fait la plus proche possible de la vérité. « Tout ce que je sais, c'est que je ne sais rien », alléguait-il. Le questionnement doit se poursuivre jusqu'à ce que les deux interlocuteurs tombent d'accord sur une définition acceptable. En thérapie, le but est de semer le doute dans les croyances rigides du sujet en levant les contradictions entre des prémisses erronées et des conclusions pour arriver à une certaine nuance. Le postulat est qu'il existe plusieurs interprétations pour un même fait. L'épreuve de la pensée à la réalité encourage une analyse critique pour ouvrir l'horizon du patient. Pour cela, le thérapeute utilise les mots du patient et propose des questions du type : « et alors ? », « Qu'est-ce que cela implique ? », « Qu'est-ce qui va se produire ? ». Ce questionnement est un reflet empathique, car il reformule par un questionnement l'affirmation arbitraire amenée par le patient en utilisant ses propres mots. Il doit être manié avec bienveillance, en manifestant un réel esprit de compréhension et une curiosité non feinte, mais plutôt empreinte de neutralité, visant l'intérêt du patient et non la satisfaction du voyeurisme éventuel du praticien, faute de quoi ce questionnement devient rapidement intrusif et persécuteur, notamment avec certains types de personnalité.

Tableau 5.3
Psychométrie de l'empathie

Échelle	Auteur	Type	Population	Passation	Nombre d'items
<i>Balanced emotional empathy scale</i> (BEES)	Mehrabian, 2000 (traduite par Favre et al.) [13,23]	Émotionnelle	Adulte et enfant	Autoquestionnaire	30 items
<i>Interpersonal reactivity index</i> (IRI)	Davis, 1980 [6]	Cognitive et émotionnelle	Adulte	Autoquestionnaire	28 items
<i>Empathic quotient</i> (EQ)	Baron-Cohen et Wheelwright, 2004 (traduite par Berthoz et al.) [1,2]	Cognitive et émotionnelle		Autoquestionnaire	60 items
<i>Basic empathy scale</i> (BES)	Jolliffe et Farrington, 2006 (traduite par D'Ambrosio et al.) [5,20]	Cognitive et émotionnelle	Adolescent	Autoquestionnaire	20 items
Échelle d'empathie de Hogan (EM)	Hogan, 1969 [18]	Émotionnelle	Adulte		
Échelle d'empathie pour enfants et adolescents de Bryant (<i>empathy index for children and adolescents</i>) adaptée du <i>Mehrabian and Epstein adult scale</i> (1972) [23]	Bryant (1982) [23]			Autoquestionnaire (oui/non)	22 items
Test contagion/empathie/coupure	Favre et al., 2005 [13]	Émotionnelle	Enfant	Autoquestionnaire	12 items

Pour mieux comprendre

Le terme de *maïeutique* (du grec *maieutiké*, « art de faire accoucher ») était employé par Socrate, fils d'une sage-femme, pour désigner sa méthode destinée à faire accoucher les esprits de leur vérité sans qu'ils s'en aperçoivent.

Exprimer son empathie par la technique de l'écho

L'écho doit se centrer sur l'émotion, favoriser le ressenti comme une relance. Il doit éviter l'intellectualisation, ne jamais émettre un jugement. Par exemple :

Le patient. – Si on écoutait les médecins, on ne pourrait pas boire, ni manger gras ni jamais prendre de risque ! Qu'est-ce qu'on s'ennuierait !

- *L'écho simple* suppose une reformulation neutre :

Le thérapeute. – Vous auriez donc l'impression de vous ennuyer dans votre vie ?

- *L'écho amplifié* est obtenu en exagérant le propos, en le généralisant sans ironie ni agressivité :

Le thérapeute. – Ce ne serait qu'en prenant des risques qu'on pourrait profiter de la vie ?

- *Le double écho* nécessite la reformulation d'un propos, suivi du rappel d'un propos antérieur contradictoire avec la conjonction « et » (il s'agit d'éviter le « mais » qui présuppose un jugement) :

Le thérapeute. – Vous aimeriez manger ce que vous souhaitez et vous avez l'impression d'être en surpoids.

- *L'écho nuancé* propose une nuance sans confrontation :

Le thérapeute. – Vous ne profiteriez pas de la vie si vous ne mangiez pas ce que vous voulez ?

Autres styles émotionnels dans la relation

(tableau 5.4)

La sympathie

Son étymologie est double :

- du latin *sympathia* : « accord », « affinité » ;
- du grec *sumpatheia* : « participation aux souffrances d'autrui », « communauté de sentiments » (*sum*, « avec », et *pathein*, « souffrir », « éprouver », « sentir »).

La définition de Wispé [35] est limpide : « L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre [...]. En

Tableau 5.4

Les différentes attitudes émotionnelles

A-pathie	Indifférence
Anti-pathie	Opposition
Sym-pathie	Adhésion
Em-pathie	Compréhension

somme, l'empathie est un mode de connaissance ; la sympathie un mode de rencontre avec autrui. »

Smith [30] précise : « La sympathie ne naît pas tant de la vue de la passion que de celle de la situation qui l'excite. Parfois, nous sentons pour autrui une passion qu'il semble entièrement incapable de sentir lui-même, car lorsque nous nous mettons à sa place, l'imagination fait naître cette passion dans notre cœur, alors que la réalité ne la fait pas naître dans le sien. »

Ainsi, la sympathie amplifie le sentiment par adhésion aux émotions de l'autre.

Tocqueville explique que la sympathie nécessite déjà une similitude entre les deux protagonistes : « Il n'y a de sympathie réelle qu'entre gens semblables [33]. »

La sympathie permet au sujet de s'identifier à l'objet de sa pitié.

En psychothérapie, il faut séparer la sympathie de la compassion. La sympathie associe un mouvement vers l'autre et une réponse motivationnelle dirigée vers le bien-être d'autrui.

La compassion, elle, est un état affectif identique, une contagion émotionnelle sans distance entre soi et autrui.

Greenberg [17] dit que la congruence et l'authenticité, deux attitudes recommandées par Rogers [28], sont deux conditions nécessaires pour « oser » faire dire par le patient, reprenant aussi les propos de Freud au demeurant. La sympathie nécessite l'analyse de ses propres émotions, mais la transparence émotionnelle est plus délicate. Il ne s'agit pas pour autant d'exprimer de manière anarchique ses émotions au patient. Perls, fondateur de la gestalt-thérapie, le dit : « Le thérapeute partage si besoin ses impressions, surprises, impatiences avec son client et est attentif à l'effet produit [25]. »

Le processus de sympathie permet à l'esprit humain d'être le miroir d'un autre esprit associant la fusion à une participation active, motrice – *inner imitation* [24].

L'antipathie

L'antipathie est une opposition à l'émotion de l'autre. Elle montre par définition l'aversion, la répulsion, la répugnance à l'autre. L'antipathie écarte et éloigne de l'autre.

L'apathie

L'apathie est l'indifférence à l'émotion de l'autre par l'expression de sa propre fatigue, de ses préoccupations ou de son manque de disponibilité.

Pour aller plus loin : l'ataraxie

Pyrrhon (env. 365-275 av. J.-C.), puis son disciple Sextus Empiricus (*Esquisses pyrrhoniennes*, III^e siècle) proposent une méthode d'examen : le scepticisme.

La connaissance des choses est parasitée par le jugement et par l'action. Seule l'indifférence permet la connaissance. Celle-ci est obtenue par :

- l'absence de jugement (épochè) ;
- la sérénité de l'âme (ataraxie) ;
- l'abstention de toute action et enfin l'aphasie, c'est-à-dire ne pas se prononcer, ne rien dire, ni pour ni contre, dans un sens très différent de ce qui est entendu par les neurologues bien sûr.

Pour les sceptiques, les convictions et les émotions (les passions) paralysent la compréhension.

La notion d'ataraxie fut créée par Démocrite (env. 460-370 av. J.-C.) pour décrire la paix de l'âme, fruit d'une existence de modération et d'harmonie. Elle renvoie actuellement, surtout en thérapeutique psychiatrique, à celle de détente, d'absence d'angoisse.

Au total

Éprouver de la sympathie pour poser les bases de la relation de confiance et fonder l'indispensable alliance thérapeutique, puis exprimer de l'empathie ou en tout cas en adopter l'attitude intérieure. Reconnaître ses moments d'antipathie ou d'apathie pour les corriger.

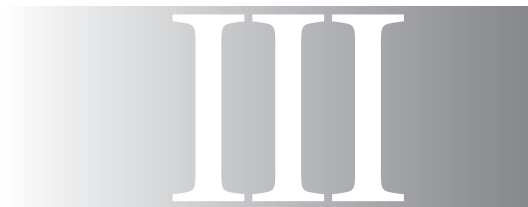
Nous voyons que le terme d'empathie est d'une acception très riche et diversifiée. Il touche à de nombreux aspects de la psychothérapie et ses différents sens méritent d'être analysés plus en détail. Mais, comme toujours dans le domaine qui nous concerne, si la connaissance théorique est indispensable, c'est à sa mise en pratique qu'il faut travailler sans relâche. On voit là, quelles que soient les références théoriques, combien la connaissance de soi-même, l'auto-analyse, l'acquisition d'un bon *insight* [31] personnel s'avèrent nécessaires. Dans ce domaine, le travail de supervision est indispensable à une bonne formation et, par la suite, au maintien d'une bonne pratique.

Références

- [1] Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient : an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disord* 2004;34(2):163-75.
- [2] Berthoz S, Wessa M, Kedia G, Wicker B, Grèzes J. Cross-cultural validation of the Empathy Quotient in a French-Speaking Sample. *Can J Psychiatry* 2008;53(7):469-77.
- [3] Bolognini S. L'empathie psychanalytique. Paris: Érés; 2006.
- [4] Condon WS, Ogston WD. Sound film analysis of normal and pathological behavior patterns. *J Nerv Ment Dis* 1966;143(4):338-47.
- [5] D'Ambrosio F, Olivier M, Didon D, Besche C. The basic empathy scale : a french validation of a measure of empathy in youth. *Pers Individ Dif* 2009;46:160-5.
- [6] Davis M. A multidimensional difference in empathy. *JSAS catalog of selected documents in psychology* 1980;10:85.

- [7] Dawes RM. The house of cards : psychology and psychotherapy build on myth. New York: Free Press; 1994.
- [8] Decety J, Lamm C. Human empathy through the lens of social neuroscience. *Scientific World Journal* 2006;6:1146-63.
- [9] Decety J, Moriguchi Y. The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations : implications for intervention across different clinical conditions. *Biopsychosoc Med* 2007;1:22.
- [10] Deschamps C. L'intercorporalité chez Merleau-Ponty : un concept clé pour saisir la complexité du corps dans son rapport au monde. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*. 1995;14:73-86.
- [11] Elkaim M. L'expérience personnelle du psychothérapeute : approche systémique et résonance. *Psychothérapies* 2004;2(43):145-50.
- [12] Eslinger PJ, Parkinson K, Shamay SG. Empathy and social-emotional factors in recovery from stroke. *Curr Opin Neurol*. 2002;15(1):91-7.
- [13] Favre D, Joly J, Reynaud C, Salvador L. Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions. *Enfances* 2005;4(57):363-82.
- [14] Ferenczi S. L'élasticité de la technique psychanalytique. Œuvres complètes. Paris: Payot; 1982.
- [15] Frith CD, Singer T. The role of social cognition in decision making. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008;363(1511):3875-86.
- [16] Gallese V. The roots of empathy : the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology* 2003;36(4):171-80.
- [17] Greenberg L. What is « real » in the relationship? Comment on Gelso and Carter. *J Couns Psychol* 1994;41(3):307-9.
- [18] Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol* 1969;33(3):307-16.
- [19] Husserl E. Méditations cartésiennes : introduction à la phénoménologie. Paris: Vrin; 1931.
- [20] Jolliffe D, Farrington DP. Development and validation of the basic empathy scale. *J Adolesc* 2006;29(4):589-611.
- [21] Kohut H. Analyse et guérison : le fil rouge. Paris: PUF; 1991.
- [22] Lebovici S. Lettre ouverte à Robert Emde et réponse à ses questions concernant l'empathie. In: Braconnier A, Sipsos J, editors. *Le bébé et les interactions précoces*. Paris: PUF; 1998. p. 15.
- [23] Mehrabian A, Epstein N. A mesure of emotional empathy. *J Pers* 1972;40(4):525-43.
- [24] Montag C, Gallinat J, Heinz A. Theodor Lipps and the Concept of Empathy: 1851-1914. *Am J Psychiatry* 2008;165(10):1261.
- [25] Perls F, Hefferline R, Goodman P. Gestalt-thérapie: vers une théorie du self. Montréal: Stanké; 1979. 1977 et.
- [26] Rabain JF. L'empathie maternelle de Winnicott. *Rev Fr Psychanal*. 2004;68(3):811-29.
- [27] Rogers CR, Kinget GM. Psychothérapie et relations humaines, vol II. La pratique. Louvain/Montréal: Publications universitaires de Louvain/Institut de recherches psychologiques; 1962.
- [28] Rogers CR. A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. In: Koch JS, editor. *Psychology: a study of science vol. 3. Formulations of the person in the social context*. New York: McGraw-Hill; 1959. p. 184-256.
- [29] Rogers CR. Empathic : an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*. 1975;5(2):2-10.
- [30] Smith A. De la sympathie. PUF/Rev Fr Psychanal. 2004;3(68):763-8.

- [31] Sternberg RJ, Davidson JE. The nature of insight. Londres: MIT Press; 1996.
- [32] Titchener ED. Lectures on the experimental psychology of the thought processes. New York: The Macmillan Company; 1909.
- [33] Tocqueville CAC, editor. De la démocratie en Amérique. t. I. Paris: Gallimard; 1992.
- [34] Widlöcher D. Dissection de l'empathie. L'empathie. Rev Fr Psychanal 2004;3(48):981-92.
- [35] Wispé L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. J Pers Soc Psychol 1986;50(2):314-21.
- [36] Woodworth RS. Experimental Psychology. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1938.



Théories, pratique et controverses

Ce cas clinique a été présenté à plusieurs reprises dans des ateliers organisés au cours de congrès scientifiques. Différents auteurs avaient accepté de venir exposer leurs commentaires qui furent suivis de discussion. Nous vous proposons de travailler à répondre aux questions qui avaient été posées à ces psychothérapeutes. Vous pourrez après coup comparer votre propre manière de voir à la leur.

Les questions posées étaient les suivantes :

À partir du cas clinique ci-dessous, veuillez détailler votre conceptualisation clinique et votre stratégie thérapeutique. En particulier, répondez aux questions suivantes :

Diagnostic et conceptualisation du cas

Précisez la personnalité, sa structure et faites la liste des problèmes.

Discutez le diagnostic, formulez le ou les problèmes ou les conduites pathologiques.

De quelles autres informations auriez-vous besoin et comment cherchiez-vous à les obtenir ?

Relation thérapeutique

Quel type de relation thérapeutique essaieriez-vous d'établir ?

Comment prévoyez-vous que la patiente réagisse à cette relation ?

Planification du traitement

Quels buts et objectifs thérapeutiques auriez-vous négociés avec cette patiente ?

Stratégies et techniques thérapeutiques

Quelles modalités d'interventions préconiseriez-vous ?

Quelles seraient vos principales techniques d'intervention ?

Progression du traitement

Comment prévoyez-vous que la thérapie puisse se dérouler à partir de cette séance ?

Pouvez-vous nous donner une idée de l'évolution du processus thérapeutique et des difficultés qui vont probablement se manifester en début, en milieu et en fin du traitement ? Qu'attendriez-vous et de quoi vous méfieriez-vous au fur et à mesure de sa progression ?



Présentation de la séance

Alice commença : « Savez-vous ce que mon père m'a dit ce matin au petit-déjeuner ? » Son visage est replet, elle est de taille moyenne et elle porte bien son excès de poids. Ses grands yeux bruns sont humides. Quand elle parle, on dirait qu'elle va pleurer.

« J'étais en train de regarder les pages du *Times* consacrées à la mode et il m'a demandé quelle serait la mode de printemps pour les papiers peints.

– Oh ! dis-je, qu'avez-vous répondu à cela ?

– Je ne sais jamais quoi répondre. Après, je me suis dit, c'est la même chose que l'année dernière. »

Dans l'amphithéâtre de psychologie, les étudiants qui regardent par-dessus son épaule pendant qu'elle fait des croquis sont visiblement impressionnés. Elle m'avait demandé antérieurement si cela me gênait qu'elle fasse des croquis en classe. Elle me dit qu'elle ne peut rester assise une heure sans se mettre à dessiner et qu'elle a toujours été trop nerveuse pour prendre des notes. Cependant, elle prend des notes et des références du cours en marge de ses dessins.

Alice éprouve une très basse estime de soi.

« Comment ressentiriez-vous le fait de vous trouver au meilleur poids susceptible de vous rendre séductrice ? lui demandais-je (elle sait à 500 g près ce qu'il en est).

– Je l'ai été il y a quelques années, dit-elle. J'avais un corps sexy. J'attirais les hommes célibataires qui avaient beaucoup à offrir ; ça n'a jamais rien donné de bon et je ne pourrais plus le refaire.

– Comment vous sentiez-vous quand vous sortiez avec des hommes qui avaient quelque chose à vous offrir ? lui demandais-je.

– J'étais nerveuse tout le temps. Je ne sais pas pourquoi. Le seul fait d'être engagée avec quelqu'un qui était... sûr de lui-même me donnait la frousse...

– ... Et vous vous ressentiriez de même si, aujourd'hui, vous rencontriez quelqu'un de disponible, qui aurait quelque chose à offrir et qui serait sûr de lui ?

– Mais docteur, dit-elle, oui, je serais mal à l'aise ; j'éprouverais le sentiment que je ne mérite pas d'avoir un homme de qualité pour moi seule.

– Parlez-moi de votre mère. »

J'avais parlé à sa mère au téléphone. Sa voix était soucieuse, mais douce-reuse et manipulatrice. Elle décrit sa fille comme une « personne empruntée »...

« Que voulez-vous que j'en dise ? demanda-t-elle, mais ses yeux réagissaient.

– Que pensiez-vous à la seconde même ?

– Rien. Oh ! d'accord, je pensais : "Maman, c'est bien ce qui risque de m'arriver."

– C'est déprimant, n'est-ce pas... ?

– J'avais même une pensée encore plus déprimante : "Voilà, je suis seule."

– Vous avez trente ans, est-ce exact ? Je comprends que vous vous sentiez ainsi, mais vous êtes trop jeune pour vous y résoudre. Vous êtes fondamentalement une jeune femme séduisante.

– Mais avec trop d'embonpoint et sans personnalité, dit-elle. L'une des raisons pour lesquelles je me sens si diminuée est que chacun voit les choses à travers l'apparence physique, même vous. Vous parlez comme ma mère, disant tout le temps : "Continuez d'aller de l'avant, vous êtes jolie, vous rencontrerez quelqu'un..."

– Mais revenons à votre mère, dis-je. À quoi ressemble la vie avec elle... ?

– Elle me soutient pour autant qu'elle comprenne ce que je fais, très peignée, tout le temps inquiète. Elle fait de la culpabilité une manière de vivre. Elle considère comme normal de chercher à obtenir de vous ce qu'elle veut en vous rendant coupable. Vous ne pouvez pas imaginer combien cela est désagréable...

– Alors, puis-je vous demander pourquoi vous vivez toujours chez vos parents ?

– Tout le monde me le demande... Pourquoi pas vous ? J'ai abandonné mon appartement et emménagé avec mon compagnon. Quand il obtint son diplôme de droit, il ne voulut plus vivre avec moi. Depuis lors, j'ai vécu à la maison et je me suis spécialisée dans les hommes mariés. Je ne peux pas supporter l'ambiance des bars, les rencontres d'une nuit et tout le reste...

Je sais que ma tendance à rechercher des relations avec des hommes mariés est sans espoir, mais je puis au moins me dire que quelqu'un me désire. J'ai eu quatre amants en trois ans, tous mariés. J'ai aussi vu un psychiatre qui disait que j'étais suicidaire et que je ne devais pas vivre seule...

- ... Avez-vous tenté de vous suicider... ? demandai-je.
- Non, répondit-elle... J'y ai seulement pensé...
- ... Prenez-vous un antidépresseur... ? Est-ce que le psychiatre...
- ... Oui, il me donna quelque chose qui fit de l'effet pendant un certain temps. Je me sentais en forme, alors que tout était pareil, mais j'acceptais ce qui m'arrivait... Ensuite, les pilules n'agirent plus aussi bien et je commençais à me sentir fatiguée. Il augmenta le dosage, mais les effets indésirables horribles apparurent. Ma bouche était complètement desséchée. J'arrêtai de prendre ces pilules, et je me sentis réellement mieux. Je ne veux pas revenir le trouver parce que rien n'a vraiment changé pour moi. Je suis exactement aussi corpulente que je l'étais quand je l'ai rencontré, et je suis âgée de deux ans de plus.
- Quand commencèrent vos idées suicidaires ? demandai-je... Quand l'étudiant en droit vous a rejetée ? Ou les avez-vous eues tout le temps... ?
- ... Après lui, dit Alice, le moment où je les ai le plus éprouvées fut un ou deux mois après, j'étais devenue complètement étrange. J'étais au musée d'Art moderne, en train de regarder le tableau du Douanier Rousseau, *La Bohémienne endormie*. Un couple passa tout près et l'homme dit quelque chose, avec vraiment beaucoup d'humour : "Qu'est-ce que le lion est en train de dire à la bohémienne ?", comme si le tableau était une vulgaire bande dessinée, et continua sa promenade. Je pensais : "Pourquoi ne puis-je jamais dire des choses semblables ?" Ensuite, deux minutes après, un bel homme s'approcha à environ deux mètres et il avait de la peinture sur son jean. C'était un peintre. Il resta un moment debout près de moi, regardant le Douanier Rousseau. Alors, je sortis la phrase qu'avait dite le type précédent...
- Celle que vous veniez tout juste d'entendre...
- ... Oui, je voulais, pour une fois dans ma vie, être spontanée et spirituelle. Bien, il me jeta un regard furieux pendant une ou deux secondes et se remit à marcher. J'allais à la dérive dans le musée pendant une heure, me sentant de plus en plus malade. J'étais dans l'espoir de le rencontrer de manière à pouvoir lui dire : "Ce n'était pas de moi..." Ensuite, je revins à mon appartement et j'y restais. J'appelais, malade, l'école privée où j'enseignais l'art. Je me sentais affreusement mal, comme si j'avais peur que les enfants puissent prendre quelque chose de contagieux venant de moi. Je passais plusieurs jours et nuits dans les mêmes vêtements. Toute la vaisselle était sale et je mangeais debout, face à mon réfrigérateur, jusqu'à ce que toute la nourriture eût disparu. Je pouvais engloutir des gâteaux au chocolat en quelques minutes... C'est là que ma mère m'a trouvée... »

Elle continue.

« Je me souviens maintenant ! Le pire était le sentiment de m'être rabaissée moi-même avec cette remarque. Les gens pouvaient toujours me rabaisser,

mais je pouvais contre-attaquer. Mais je ne pouvais pas me battre cette fois-ci parce que je l'avais fait moi-même...

– ... Comment vous battiez-vous en retour, quand les gens vous humiliaient, Alice ?

– ... Je me disais qu'ils étaient ignares, qu'ils n'étaient pas capables de m'apprécier, et ainsi de suite...

– ... Je ne suis pas sûr que vous vous soyez toujours défendue, Alice, dis-je. Vous vous réfugiez dans votre esprit, dans vos sentiments et vos attitudes au sujet de l'art... Cependant, quand vous vous êtes mise vous-même en difficulté, il n'y avait plus aucun endroit où vous cacher. N'avez-vous jamais pensé qu'il pouvait y avoir en vous quelque chose qui vaille la peine d'être défendu et estimé, mis à part votre art ou même votre connaissance de la différence entre une fresque et une pizza... ?

– Je ne le crois pas... »

Alice était une enfant unique. Sa mère l'avait soutenue dans ses études et dans la pratique de l'art. Elle se souvient que son père l'adorait quand elle était enfant, mais « il était un peu compliqué, constamment préoccupé par l'idée que j'eusse pu le voir déshabillé ou par quelque chose d'analogue »... Elle sentait que sa mère s'interposait entre eux et n'aimait pas que son père soit trop affectueux avec elle. La mère jouait un rôle dominant dans la famille. Alice ne se souvient pas que sa mère l'ait tenue dans ses bras ni qu'elle, de son côté, l'eût désiré.

Son père vivait en retrait, absorbé par sa paperasserie et ses journaux. Elle dit que sa mère lui faisait « quémander le sexe comme un chien », mais elle ne se souvient d'aucun échange réel entre eux qui aurait pu confirmer cette impression ; au contraire, il lui semblait qu'il était très improbable qu'ils eussent pu faire la moindre allusion sexuelle devant elle. L'idée lui vint qu'elle pouvait avoir tiré ce sentiment d'une réflexion sarcastique que son père aurait faite à sa mère un lendemain de fête.

Ces dernières années, Alice avait été blessée par ses amies qui, selon elle, l'avaient abandonnée après leurs mariages.

Elle n'avait ainsi plus d'amies proches maintenant, et peut-être, en conséquence, se confiait-elle à sa mère. Elle semble beaucoup trop engagée avec elle, même si elle rejette sa manière de vivre et ses valeurs.

Elle n'a pas cherché à reprendre son travail antérieur, alors qu'elle n'a jamais gagné assez en enseignant l'art pour se suffire à elle-même. Elle dit « qu'elle piétine sur place », ne prenant qu'une matière à la fois pour son diplôme artistique. Son cursus universitaire a été gâché par de nombreux diplômes qu'elle arrêta en cours de route. Elle déclare qu'elle ne veut pas travailler comme secrétaire ou comme artiste dans un créneau commercial ; il est probable qu'elle pense qu'elle ne ferait pas l'affaire dans un bureau. Elle ne veut pas continuer de vivre chez ses parents, mais elle n'est pas capable de concevoir un projet pour entrer dans le monde du travail.

Commentaires

Comme indiqué plus haut, vous pourrez maintenant comparer vos réponses aux questions aux commentaires présentés par des auteurs d'écoles théoriques différentes.

Point de vue d'un spécialiste des thérapies cognitives et comportementales

Diagnostic et conceptualisation du cas

Il ne peut être posé que dans une relation de collaboration avec le patient avec lequel on pratique l'analyse fonctionnelle [3]. Celle-ci ne concerne que l'état de la patiente dans le *hic et nunc* (« ici et maintenant »).

On remarque l'existence, dans ce cas, de plusieurs cercles vicieux [4]. En voici quelques exemples :

- Au début, la patiente raconte sa difficulté de communication avec son père à propos de la mode des couleurs du papier peint. La question du père laisse la patiente sans réponse et la conduit ainsi à renforcer l'attitude du père à son égard ainsi que sa position à l'égard de sa boulimie et de sa prise de poids.
- L'échec de ses relations sentimentales instables qui la ramène chez ses parents.
- La scène du musée où elle met en œuvre des mécanismes d'imitation : elle répète la phrase qu'elle a entendue et recherche l'homme qu'elle voudrait séduire, mais sans espoir.

Si l'on se reporte à l'histoire de la patiente, on peut constater qu'elle évoque une mère sans tendresse, anxieuse et culpabilisante. Ainsi, elle inquiète en retour sa mère qui lui renvoie le même message en parallèle. À côté, elle évoque un père trop affectueux dont elle s'éloigne.

On voit donc apparaître un certain nombre de déclencheurs : par exemple, une relation à sa mère insatisfaisante dont découle une vie affective du même style qui inquiète la mère et renforce le comportement pathologique.

L'analyse fonctionnelle s'établit en collaboration avec la patiente avec laquelle s'effectue la reconstruction de son cas. On définit avec elle, d'un commun accord, où intervenir : sur les cognitions, le comportement, les émotions. Chaque point d'intervention se répercute sur les autres.

Relation thérapeutique

Elle sera établie sur le mode d'un rapport collaboratif, empathique et chaleureux. Il est centré sur la patiente. Il doit être authentique et professionnel, alliant la compréhension et la technique. Le dialogue s'établira sur le mode socratique. Le thérapeute reconceptualise et reformule ce qu'a dit la patiente. Il résume à la fin le contenu de la séance, mais, mieux encore, la patiente pratique elle-même ce résumé. Le thérapeute renforce les attitudes positives.

Planification du traitement

La thérapie comportementale est très structurée. La séance comporte un premier temps d'accueil, puis l'établissement de l'ordre du jour ou du thème de travail et enfin la revue de la manière dont les tâches à réaliser chez soi, dites « tâches assignées » par anglicisme – ou plutôt prescrites –, c'est-à-dire les exercices à faire à la maison, ont été accomplies. La séance se poursuit avec l'examen des difficultés rencontrées, les raisons pour lesquelles elles l'ont été et la manière de les contourner ou de les dépasser. Un bilan est réalisé en fin de séance et le programme des tâches à réaliser pour les séances suivantes est établi. Les tâches prescrites doivent être en nombre limité, en principe de 10 à 12 sur tout le traitement selon les cas. Ce dernier fait l'objet d'un contrat entre le thérapeute et le patient.

Stratégies et techniques thérapeutiques

Cette patiente semble avoir un accès assez aisé à ses émotions et ses cognitions. Aussi, on aurait tendance à privilégier la proposition d'une thérapie cognitive et pas uniquement comportementale. Il faut tout de même lui adjoindre des exercices et des éléments de technique comportementale pour lui faire réaliser des expériences de succès progressives, de plus en plus importantes, et pour renforcer son estime de soi.

Progression du traitement

La progression sera réalisée sur la base d'une relation bien établie, à la bonne distance, ni trop proche ni trop distante. Si l'on est trop proche d'elle, elle risque de prendre peur et d'interrompre son traitement comme elle semble l'avoir déjà fait. Si l'on se tient trop à distance, elle ne se sentira pas assez soutenue et abandonnera aussi son traitement et rechutera.

Point de vue d'un psychothérapeute de la gestalt-thérapie

Le diagnostic est actuel et temporel dans la pratique de la gestalt-thérapie

On y insiste beaucoup sur l'évolution de la personne avec le temps. L'état émotionnel est en mouvement permanent et change d'un instant à l'autre. La pathologie est elle aussi très mobile. Il existe un élément de réalité par rapport à l'âge du psychothérapeute qui porte probablement celui de son père. En gestalt, on fait intervenir la théorie du « champ », c'est-à-dire d'un champ d'action et d'influence qui implique le contexte, le client (on parle plutôt de client que de patient), son environnement et le thérapeute. On a recours également à une pratique herméneutique : on cherche à dégager ou à faire apparaître des « formes » émergentes qui prennent une signification. On se réfère à une dialectique de la forme, celle de l'apparence superficielle, et à une autre du fond, celle de la signification profonde. L'individu normal est en constant changement, il est mobile et s'adapte aux circonstances. L'individu pathologique adopte toujours le même type

de comportement, les mêmes types de formes et présente ainsi plus ou moins de rigidité.

Les tendances que l'on voit apparaître chez cette malade (cliente) sont les suivantes :

- Elle est dépressive et présente une basse estime de soi.
- Elle est boulimique et elle présente sa boulimie comme un trouble majeur.

Mais il existe probablement aussi un trouble de l'agressivité. En gestalt, on distingue une agressivité positive mise au service des forces de vie, leur donnant la vigueur nécessaire, et une agressivité négative, destructrice. Toutefois, la destruction est aussi nécessaire à la reconstruction. Ainsi, dans les cycles métaboliques, la destruction des aliments permet de fabriquer des éléments absorbables, nécessaires à la vie : catabolisme et anabolisme. On valorise donc cette agressivité positive, saine, au service de la libido. Si cette agressivité est trop basse, elle la retourne contre soi et se déprime. Si elle est trop forte, elle perturbe la relation aux autres – ici, aux hommes.

La situation œdipienne n'est pas prise en considération en gestalt.

Cette patiente présente probablement aussi un problème d'identité qui pourrait se formuler ainsi : qui est-elle ? Que veut-elle en fait ? Qui peut l'aimer ?

Relation thérapeutique

Son établissement comporte plusieurs étapes.

Il faut d'abord viser à créer une alliance thérapeutique authentique. Ceci nécessite une implication contrôlée du thérapeute. Il doit par ailleurs se faire superviser pour éviter tout dérapage, en particulier le risque de confondre ses affects avec ceux de sa cliente. En effet, il doit être suffisamment proche de la cliente, la « cocooner », la protéger, l'entourer, être assez maternant avec elle. Mais, de ce point de vue, la cliente risque d'entrer en « confluence », c'est-à-dire de confondre les limites de sa personnalité, qui semble déjà fragile, avec celles des autres, notamment celle du thérapeute. Il faudra donc entreprendre tout un travail de distanciation et de frustration dans un deuxième temps, après l'avoir d'abord suffisamment gratifiée, protégée, rassurée.

Ceci d'autant plus qu'elle a tendance à s'accrocher à tous ceux qu'elle rencontre : elle risque donc d'entrer avec eux en coalescence ou « coala », en fusion pourrait-on dire.

Il faudra enfin laisser émerger une certaine dose d'agressivité. On en voit, du reste, quelques tentatives à travers le récit de ce cas : « Vous parlez comme ma mère », dit-elle à un certain moment. Il faudrait aussi saisir des occasions de ce type pour l'aider à en formuler davantage.

Planification du traitement

D'une part, la boulimie sera laissée de côté. Elle est mise en avant par la cliente en matière d'appel à l'aide. Mais en gestalt, on ne s'occuperait pas

de ce symptôme. Tout se passe comme si elle disait : « Je me protège des hommes ou de la sexualité par ce symptôme. »

D'autre part, il serait important de renforcer son sens des responsabilités, de l'aider à déterminer ce qu'elle veut réellement. Cette mise en face de ses responsabilités risque d'accroître son angoisse face aux choix. Il faut l'aider à rétablir un équilibre dans ce sens. Sartre disait : « Qu'importe ce qu'on m'a fait autrefois, l'important est ce que je fais aujourd'hui avec cela... »

Stratégies et techniques thérapeutiques

a. Préférer une indication de travail en groupe plutôt qu'en séances individuelles. Les séances individuelles seront intercalées, de temps en temps, entre les séances de groupe.

Les séances de groupe permettront d'apporter la protection, le maturation nécessaire, mais aussi d'éviter la création d'une atmosphère trop fusionnelle. Dans un groupe, il y aura toujours des participants pour la protéger, l'entourer et d'autres qui l'inciteront à prendre de la distance. On jouera avec les mécanismes d'autorégulation du groupe qui se produisent régulièrement en général. On évitera ainsi la confusion dans les limites. On relativisera aussi l'importance donnée au symptôme. On ménagera de cette façon une transition avec l'exposition à l'environnement. Les séances individuelles permettront de reprendre ce qui a été vécu en groupe et d'en préciser le contenu.

b. On aura aussi recours aux techniques de jeu de rôle de façon à lui faire expérimenter d'autres stratégies, d'autres modes de comportement et donc à la sortir de ses attitudes stéréotypées.

Progression du traitement

La gestalt est une psychothérapie du contact.

On vise le passage progressif d'une relation de type « je-cela » à une relation du type « je-tu » selon Martin Buber [1]. Le « cela », ici, est représenté par le diagnostic médical, objectif, la conception objectalisante de la maladie. Le « tu » représente, lui, la rencontre authentique avec une autre personne.

Quelles difficultés doit-on envisager ? L'adoption d'attitudes de frustration, dans le second temps de la psychothérapie, risque de réactiver les mécanismes de défense de la cliente. La boulimie, par exemple, pourrait s'aggraver, mais il ne faut pas s'en inquiéter. De même qu'il ne faut pas non plus s'inquiéter de la recrudescence de la dépression ni de la réactivation des menaces de suicide. Donc, après une première phase chaleureuse, protectrice et gratifiante, le thérapeute passera à une phase d'attitudes de confrontation et de frustration. Elle aura à se confronter au psychothérapeute qui devra alors lui-même tout particulièrement se faire superviser.

Point de vue d'un psychothérapeute du courant des psychothérapies systémiques stratégiques

Diagnostic et conceptualisation du cas

Le diagnostic correspond au rapport écrit du psychothérapeute qu'il présente à travers sa propre subjectivité. En effet, le thérapeute appartient au système et ne doit pas s'en extraire pour poser son diagnostic. Nous renvoyons à la notion de résonance selon Elkaïm [6]. Dans l'élaboration du diagnostic, toute l'importance est donnée à la métaphorisation pour aider la famille à métaboliser le symptôme.

Le diagnostic pourrait être celui de la Belle au bois dormant par allusion à la scène du musée ayant pour objet le tableau *La Bohémienne endormie*.

Effectivement, il s'agit d'une adolescente de trente ans, bien ancrée chez papa et maman. Il faudrait donc éviter de la voir seule, si possible.

Elle a appris à manipuler ou à « vendre » ses symptômes :

- Elle n'a pas confiance en elle.
- Elle est dépressive.
- Elle est velléitaire et ne sait pas ce qu'elle veut.
- Mais elle peut marchander tous ses symptômes.

Dans la métaphore de la Belle au bois dormant, nous pouvons développer l'habitude de la patiente à s'investir dans des relations « biodégradables », puisque, après avoir su s'attacher un certain nombre d'amants, elle s'en va.

Relation thérapeutique

Le thérapeute systémicien ne conduirait sûrement pas l'entretien comme le thérapeute de cet exemple. Par exemple, nous pourrions reprendre certains points de ce rapport de cas :

« C'est la même chose que l'année dernière. » Le temps s'est arrêté. Elle répète les séquences relationnelles établies avec ses parents.

« Elle sait à 500 g près ce qu'il en est. » Elle possède ainsi un grand contrôle de son poids. Elle a donc l'art d'adopter un certain poids pour les célibataires, un autre pour les hommes mariés. Elle a peur, et désire les « hommes sûrs d'eux-mêmes ». Qu'est-ce à dire ? En fait, il semble bien que ce soit elle qui protège les hommes qu'elle rencontre, au moins pendant un certain temps, avant de les éconduire... ou alors de les faire partir. Elle voudrait un homme pour elle toute seule, alors qu'elle partage son père avec sa mère, comme elle le fait avec les hommes mariés, depuis qu'elle est revenue chez ses parents.

« Je pensais : maman... » Elle a donc tendance à s'identifier à sa mère.

Au sujet de l'épisode du musée : elle tente d'inquiéter son interlocuteur en lui racontant un épisode de dépersonnalisation.

À propos de la sexualité, il semble que sa mère l'ait mise en connivence avec celle de son couple, et ceci ne semble pas à l'avantage du père. La mère paraît manipulatrice. Le père est déprécié, de même que leur sexualité, au sens général et non pas génital, partagé avec leur fille.

Progression et évolution du traitement

Aussi, d'un point de vue stratégique, le thérapeute aurait tendance à mettre la barre très haut. Il lui sera très difficile de se séparer de ses parents. Aussi voudrait-il la voir en présence de ses parents, non pas pour les culpabiliser, mais pour évaluer leur capacité à se séparer de leur fille. Il s'agit d'un genre de patiente qui ne peut s'émanciper qu'après la mort de ses parents, ce qui est un peu tard.

Le thérapeute valoriserait le fonctionnement parental qui leur permet d'arrêter le cours du temps. Il pratiquerait la prescription de symptômes : « Vous devriez vous rapprocher encore davantage », dirait-il de manière paradoxale, car plus on renforce le lien, plus il a tendance à se distendre et, inversement, plus on le distend, plus il a tendance à se rapprocher et à se tendre.

Le traitement pourrait durer environ six mois à un an, mais paraît difficile à poursuivre.

Toutefois, les aspects suivants doivent être relevés :

- Il faut viser à faire alliance avec le système familial.
- Son meilleur ennemi, c'est elle-même.
- Finalement, le thérapeute lui dirait : « Ne revenez que si vous voulez vraiment tout faire pour vous autonomiser réellement. »

Stratégies et techniques thérapeutiques

En général, la thérapie stratégique essaie de répondre à des questions du genre « pourquoi ? » et « comment ? ».

Pourquoi ? Il faudrait explorer davantage l'histoire parentale et grand-parentale. La mère aurait-elle perdu un parent à son adolescence ? Aurait-elle, en réaction, « parentifié » sa fille à ce moment-là ? Les deuils et les épreuves concourent souvent à cimenter les relations.

Comment ? Comment fait-elle pour présenter à ses parents l'image d'une fille merveilleuse dont ils sont convaincus d'avoir un tel besoin ? Ce type de relation met en échec sa recherche d'autonomie.

Progression du traitement

La thérapie sera difficile. Il vaut mieux utiliser la dureté à l'aider à s'autonomiser plutôt que de la lui laisser l'employer contre elle-même puisqu'elle a tendance à se détruire par sa boulimie ou ses idées suicidaires ainsi que par son comportement de mise en échec. Il vaut mieux utiliser cette dureté inhérente à sa personnalité, quoique subtilement masquée, plutôt que de tenter de la corriger ou de l'analyser. À l'extrême, il faudrait se présenter à elle comme un « tortionnaire de jeune fille ».

Mais la thérapie ne restera pas uniquement individuelle. Toute la famille doit être vue pour permettre aux parents d'accepter de la laisser partir.

Il conviendrait de poser sur la table, d'emblée, le risque de passage à l'acte et de n'entreprendre le traitement que si elle accepte d'y renoncer.

Point de vue d'un psychothérapeute se référant à la théorie psychanalytique et au courant éclectique

Diagnostic et conceptualisation du cas

Le diagnostic du trouble le plus apparent est annoncé par la patiente : « Selon ses dires, son symptôme principal consiste en accès de boulimie. »

Cette boulimie répond en partie aux critères du DSM-IV et de la CIM-10, en particulier avec la répétition de crises d'absorption en un temps limité de quantités massives de nourriture, supérieures à ce que la plupart des gens ingèrent en un temps similaire. Cependant, on ne trouve pas, dans le fragment présenté ici, le sentiment de perte de contrôle, ce sentiment que l'on ne peut pas s'arrêter de manger ou de mesurer la quantité de nourriture absorbée. Il ne s'y associe pas non plus de comportements compensatoires destinés à lutter contre le risque de prise de poids par des stratégies telles que des abus de laxatifs ou de médicaments anorexigènes, des lavements ou des vomissements provoqués. Les crises semblent espacées et irrégulières, non précédées d'une période de préparation, comme on peut souvent l'observer.

La malade est consciente du caractère pathologique du trouble et, apparemment, fait une demande de soins. Cela la rapproche plutôt du groupe des névroses, indépendamment des critères diagnostiques évoqués qui ne font plus appel à ce concept, mais qu'il nous paraît pourtant important de maintenir ici.

Enfin, on ne relève pas d'épisodes anorexiques dans ses antécédents. En outre, la malade est obèse et « elle porte bien son excès de poids ».

Il s'agit d'une boulimie sucrée, elle avale un gâteau au chocolat en quelques minutes. Ces signes laissent envisager une personnalité plutôt impulsive, hyperémotive, hyperexpressive et plus encline aux autres conduites addictives ou aux troubles thymiques cycliques, bien que cette tendance n'apparaisse pas ici.

Comme souvent dans une telle maladie, la patiente est fort préoccupée par sa morphologie corporelle, mais sans excès. Elle n'est pas, comme parfois décrit, chroniquement affamée et constamment préoccupée par la nourriture. Elle ne paraît pas obsédée par l'alimentation qui n'est pas le seul problème de sa vie, au contraire.

Cette boulimie paraît, du reste, plutôt réactionnelle à des situations de frustration et notamment de blessures narcissiques comme lors de la crise survenue après l'épisode du musée.

Il s'agit donc d'une boulimie modérée, incomplète, associée à un important trouble thymique et à d'autres troubles de la personnalité.

Cette patiente est également déprimée, ce qui est classique, même si la place de la dépression est souvent discutée dans le cadre d'un tel syndrome. Cette dépression semble ici plus primaire et représente le trouble sous-jacent le plus important. Elle souffre d'une basse estime de soi, et ceci n'est pas seulement lié à sa difficulté à accepter l'image qu'elle donne d'elle-même et notamment de son corps.

En deçà de ces constatations, on peut estimer aussi que la personnalité de cette patiente est profondément perturbée. Ceci paraît le plus important. On notera ses difficultés dans ses relations avec les hommes, ses liaisons répétées avec des hommes mariés après l'échec de sa relation avec l'étudiant en droit. Ces aspects offrent l'impression d'une tendance à l'hystérisation. Il semble qu'elle en ait fait autant avec ses médecins et avec le psychiatre, puisque le thérapeute qui rapporte le cas ne paraît pas être le premier à l'aborder.

Par ailleurs, elle paraît d'une grande dépendance par rapport aux autres, et spécialement par rapport à sa famille dans laquelle elle s'est réfugiée après l'échec de sa liaison avec l'étudiant. Une de ses difficultés majeures est de ne pas pouvoir s'autonomiser. Après l'accès de boulimie ayant fait suite à l'épisode du musée, c'est sa mère qui l'a découverte dans son appartement sale, presque figée devant son réfrigérateur et qui l'a ramenée chez elle. Depuis, elle n'arrive plus à retrouver une vie autonome, à quitter ses parents et même à exercer une activité rémunérée. On peut donc admettre qu'elle a présenté, à plusieurs reprises et en tout cas ici dans une conception psychodynamique, une tendance à la régression à un comportement oral. Devant la frustration, elle régresse facilement à ce type de comportement et à ce stade. Cette régression est non seulement formelle, mais aussi dynamique et pulsionnelle, c'est-à-dire qu'elle est beaucoup plus profonde et massive que ne le laisseraient croire les apparences, à tel point qu'elle se comporte comme un nourrisson que sa mère vient chercher et ramène chez elle. Depuis cet épisode, elle stagne dans cette situation et n'arrive plus à en sortir.

Elle présente également une grande émotivité, un éréthisme émotionnel, puisqu'elle est toujours au bord des larmes : « ses grands yeux bruns sont toujours humides ». On évoquerait volontiers une pathologie du narcissisme. En effet, c'est dans ce registre que se situe surtout la frustration à laquelle elle réagit. Ainsi, après l'épisode du musée, elle est furieuse contre elle-même, mécontente de n'avoir pas pu réussir à séduire le peintre, d'avoir été maladroite et de s'être donnée à elle-même une mauvaise image de soi, en tout cas une image qu'elle n'accepte pas. De même, au début de la séance quand le thérapeute lui demande ce qu'elle a répondu à son père, elle répond avec dépit qu'elle ne sait jamais quoi répondre. Elle se reproche son manque de répartie. Elle sollicite constamment le réconfort du thérapeute : elle lui demande s'il ne voit pas d'inconvénient à ce qu'elle dessine pendant ses cours, ce qui n'a d'autre intérêt que de solliciter son estime en lui faisant indirectement remarquer qu'elle dessine bien puisque tous les étudiants sont attirés par ses croquis. Il faut à tout prix qu'elle plaise, ce qui est normal d'ordinaire, mais devient chez elle tout à fait excessif. Ceci dénote à la fois ses traits hystériques, mais aussi et surtout une hystérie narcissique. Il en est de même de sa « nervosité » qui paraît liée à son désir de plaire et à sa crainte de ne pas assez plaire. Si elle est nerveuse pendant le cours au point de ne pas pouvoir prendre de notes, elle peut tout de même dessiner. Toutefois, elle griffonne tout de même quelques notes. On voit là aussi poindre son masochisme, car en ne prenant pas ses cours correctement, elle se met en situation d'échec. Elle n'a pas pu mener ses études à bien, nous est-il dit plus loin... Ce qui compte donc ici est moins la

réussite à ses examens pour avoir une situation que de plaire à tout prix et surtout de se faire revaloriser par les autres. Malheureusement, cette quête narcissique permanente n'est jamais satisfaite, car elle ne peut pas profiter des compliments qui lui sont faits puisque, selon elle, elle ne les mérite pas. Ainsi, quand le psychothérapeute lui fait ce compliment plein du désir naïf de bien faire en voulant la revaloriser narcissiquement, mais tellement maladroit en lui disant qu'elle est « fondamentalement séduisante », elle répond en disant qu'elle est trop grosse, annulant complètement l'effet de l'intervention du thérapeute. Manière aussi d'en redemander, dans une sorte de boulimie narcissique... Elle consomme les compliments comme la nourriture : avec avidité. Elle détruit tout et recommence, continue.

Elle présente aussi une tendance à l'impulsivité et au passage à l'acte. Son comportement alimentaire pourrait apparaître comme un équivalent suicidaire.

On relève aussi l'existence de traits pervers ou d'une composante perverse à type de masochisme moral, mais aussi pulsionnel : « au-delà de tout le plaisir qu'elle y prend, se complaisant à l'idée de se faire mal avec chaque bouchée » ainsi que les allusions à la sexualité de son père, sous couvert de défense et de confidences de la part de la mère. Ces différents aspects assez hétérogènes, complexes, d'allure à la fois névrotique avec prédominance du passage à l'acte – accès de boulimie –, avec épisodes de dépersonnalisation et de dépression grave dans la scène du musée et ses suites, sa souffrance narcissique, ses aménagements pervers masochistes, sa tendance à l'idéalisation (notamment de l'art) orientent vers le diagnostic d'état limite, selon la définition d'O. Kernberg [7].

Ses relations d'objet intériorisées (ROI) peuvent être conçues de la manière suivante : elle s'est forgé l'image d'une mère douceuse et culpabilisante, manipulatrice, dominatrice et froide ou en tout cas peu affectueuse. Cette conception est partagée par le psychothérapeute qui évoque l'appel téléphonique. L'image du père est dévalorisée par la mère, notamment sur le plan sexuel. Cette probable défense contre l'inceste crée dans le même mouvement un climat incestuel auquel elle est très attachée, puisqu'elle n'arrive pas à le quitter. Il est présenté comme en retrait, absorbé par ses affaires, ayant tendance à être plus affectueux avec elle. Mais elle se défend contre l'inceste et met des distances avec lui.

Ainsi, peut-on imaginer qu'elle présente une forme d'Œdipe inversé :

- La mère, dont elle attendait chaleur, affection, confirmation narcissique, est présentée comme froide, distante, douceuse, culpabilisante et dominatrice. On ne sait pas cependant si c'est la réalité ou si elle s'est créé cette image de sa mère par défense contre ses tendances fusionnelles, dans la rivalité œdipienne avec elle. La mère jouerait donc plutôt, dans sa représentation, un rôle plus proche de celui normalement attendu d'un père. En outre, elle dévalorise le père, ce qui l'empêchera de tenter de se rapprocher de lui.
- Le père, inversement, est présenté comme un personnage à la fois trop affectueux, ce qui sollicite trop ses tendances incestueuses. Elle le met donc à distance. Mais il est aussi distant, absorbé par ses affaires, en retrait,

sexuellement dévalorisé et présenté sous un aspect animal. Il quémande les rapports sexuels comme un chien d'après la mère, selon la fille. Il est en outre agressif et caustique avec elle, comme le montre la question sur la mode des couleurs de papier peint au début de la séquence, ce qui suppose une moquerie par allusion à son égard et un reproche de ne pas être encore mariée. La couleur du papier peint au printemps évoque par sous-entendu, probablement, l'appartement qu'on rénove quand on va emménager pour se marier, mais aussi la couleur des robes destinées à séduire et également, si l'on traduit le terme par « tapisserie », les femmes qui font « tapisserie » lors d'un bal, en attendant qu'un prétendant vienne les inviter à danser.

- On voit aussi que les parents, et surtout la mère, excitent son envie en lui faisant évoquer certains aspects, dévalorisés encore une fois, de leur vie sexuelle. Ils l'y font plus ou moins implicitement participer, surtout la mère. Tout se passe comme s'ils avaient besoin d'elle comme spectatrice, comme témoin, comme objet partiel et narcissique. Mais elle est mise dans une situation excitante de voyeurisme, sans pouvoir la réaliser puisqu'elle se heurte à tous les interdits, ce qui est très frustrant et dévalorisant pour elle et entretient son masochisme.

- On note aussi l'existence d'une véritable communication en double lien ou de double impasse. En effet, d'un côté, tout est organisé dans la famille pour qu'elle ne puisse pas en partir : on entretient sa dépendance par différents moyens, y compris par sa position masochiste. D'un autre côté, tout est incitation à partir : tout le monde, ses parents et elle, désire qu'elle trouve un mari. La visée du mariage est pour elle absolument, vitalement indispensable, et en même temps rigoureusement exclue et interdite. Elle n'a droit qu'aux amants de passage ou aux hommes mariés. Cette situation paraît très nouée. Alors autant mourir de plaisir en s'étouffant de nourriture ou penser au suicide.

Ses ROI sont donc très complexes, distordues et fragmentaires. Elle souffre sans doute d'un profond trouble dans ses identifications tant masculines que féminines, reposant sur le fantasme dit des « parents combinés » en psychanalyse kleinienne [8]. On peut formuler l'hypothèse où, dans la scène primitive, c'est-à-dire l'image du rapport sexuel entre les parents imaginée par l'enfant comme un combat ou une lutte destructrice, chacun des deux partenaires est mal identifié et imaginé comme mêlant les caractères de l'un et de l'autre en un rapport agressif entre deux êtres androgynes. Le conflit œdipien est ainsi mal formulé et mal présenté.

On peut donc supposer qu'il ne lui a pas été possible de tenter de le résoudre en accédant à des identifications suffisamment contrastées et positives où les solutions qu'elle a recherchées n'ont pas abouti.

Les imagos parentales qu'elle s'est constituées sont donc persécutrices pour elle. Ses identifications floues et incomplètes sont par ailleurs mal assises par un manque fondamental de sécurité affective dû à la carence probable d'étayage maternel.

Il faudra donc veiller à rétablir, si possible, par une expérience correctrice, sa fonction narcissique. Mais ce but sera difficile à atteindre puisque immédiatement on se heurtera au problème du masochisme infiltré de

traits pervers, à la défense contre l'inceste renforcé par les attitudes séductrices du père et les interdits de la mère. Enfin, l'imbroglio du double lien rendra la situation inextricable.

Cette patiente est cependant capable d'un certain *insight*, d'une certaine élaboration, bien que limitée. Elle est également désireuse de se sortir de sa situation difficile, demande une aide authentique et apporte une réelle collaboration au psychothérapeute. Elle participe bien à sa séance, répond à ses questions, paraît sensible à son attitude anaclitique même si elle est maladroite et s'en défend par ses réactions masochistes. Enfin, elle a mal répondu au traitement antidépresseur, sans doute un antidépresseur tricyclique comme en témoignent les effets indésirables atropiniques : sécheresse de la bouche ressentie comme intolérable.

Cette patiente représente donc avant tout une indication de psychothérapie, d'autant plus que la boulimie, si l'on s'en tenait à ce symptôme de surface, n'est pas réputée répondre particulièrement bien au traitement médicamenteux. Cependant, cette psychothérapie ne devrait pas être une psychothérapie individuelle classique, ni de soutien (insuffisante), ni d'inspiration psychanalytique (situation trop complexe et trop nouée, impliquant toute la famille), ni familiale systémique ou comportementale (encore moins psychanalytique) parce qu'il est probable que la famille ne sera pas partie prenante.

Il paraît plus indiqué d'envisager, sur la base de ces données, de la complexité du cas, de ses nombreux aspects, une psychothérapie de type institutionnel et cognitif [2]. C'est-à-dire une psychothérapie intégrée dans un milieu et une ambiance psychothérapiques, d'action plus concentrée, plus totale, globalisante et complexe – répondant à la complexité du cas – inspirée par la perspective éclectique, intégrative et multimodale.

On tentera de décrire le profil de la malade en utilisant le procédé d'A. Lazarus [10] dit du *BASIC IDEA* :

- *behaviour* : le comportement ;
- *affect* : les émotions qui accompagnent le comportement ;
- *sensation* : par exemple, des sensations de tension, là encore accompagnant le comportement ;
- *imagery* : l'imagerie mentale ;
- *cognition* : les idées et croyances ;
- *interpersonal* : le contexte relationnel ;
- *drugs* : les médicaments et drogues consommés ;
- *expectation* : ce que le patient attend de la thérapie ;
- *attitude* : l'attitude du thérapeute face au patient, rappelant le concept, en psychanalyse, de contre-transfert.

Relation thérapeutique

Ce que présente la patiente dans le transfert

Cette patiente est dévalorisée comme son père, par son père et par sa mère. Elle est donc un objet dévalorisé, mais apparemment elle ne dévalorise pas

les autres. Elle ne s'identifie pas à sa mère ni à son père. Elle semble rester dans ce rôle d'objet dévalorisé, mais elle en tire du plaisir puisqu'elle mange jusqu'à en souffrir de plaisir. Elle a pensé à se suicider puisqu'elle n'arrive pas à plaire ni à retenir l'attention des hommes et puisque les relations qu'elle crée avec les hommes sont très instables.

On peut s'attendre à ce que la relation thérapeutique se noue sur le même mode, par répétition :

- Idéalisation du thérapeute, ce qui est en train de se produire dans la séance rapportée, pour l'instant considéré comme tout bon, ou à peu près, car elle acquiesce à toutes ses réflexions.
- Établissement d'une relation de dépendance et de confiance aveugle faisant alliance avec lui contre sa mère, dans le clivage, en sachant bien que les inévitables conflits se régleront en dehors des séances par de nouveaux passages à l'acte (nouveaux accès de boulimie, risque de tentative de suicide et surtout d'interruption du traitement), quand le psychothérapeute deviendra mauvais, ou en tout cas moins bon. Elle ne le dira, du reste, pas ouvertement, mais elle trouvera un prétexte indirect, comme pour l'antidépresseur ou le psychiatre, par exemple « ça ne lui fera plus rien » ou alors « la psychothérapie sera devenue inefficace ou ne pourra pas régler son problème », etc., et elle ira recommencer ailleurs...

Il est donc nécessaire d'avoir en vue de telles perspectives et de mettre en œuvre une relation thérapeutique, du côté du psychothérapeute, orientée selon les axes suivants :

La réponse contre-transférentielle du psychothérapeute (CT)

Conscient de ces difficultés, il devra s'efforcer de créer une relation thérapeutique (RT) basée essentiellement sur l'anaclitisme, l'étayage et la confiance, qui semble du reste acquise dans le compte-rendu de cette séance.

Mais on connaît le risque de réponse masochiste de deux façons :

- elle se dévalorise, car dévalorisée comme son père, par son père (tapisserie) et par sa mère ;
- ou se détruit (boulimie) et en tire du plaisir : là est le point d'achoppement. Certes, objet dévalorisé, mais elle en tire un bénéfice primaire (du plaisir) et secondaire (satisfaction de son besoin de dépendance et de jouissance conflictuelle avec ses parents).

Et elle fuit par une réaction hystérique en dévalorisant le thérapeute à son tour, dans une relation de projection narcissique en miroir.

Il faudra donc veiller à ne pas trop lui accorder de bénéfices masochistes en lui apportant un étayage aussi sobre et déséxualisé que possible : éviter d'être trop séducteur avec elle, contrôler le CT érotisé qu'elle tend à faire instaurer sans pour autant la frustrer narcissiquement. Mais l'établissement d'une telle RT sera difficile, car elle tente à tout prix de séduire les hommes, comme dans l'épisode du musée. Sinon, elle risque d'aggraver son comportement et d'abandonner son traitement en continuant sa quête impossible du thérapeute idéal.

C'est la raison pour laquelle une psychothérapie institutionnelle, si possible résidentielle, sans être indispensable serait plutôt à conseiller au moins dans un premier temps, même pour une brève durée (15 jours environ), suivie par des réhospitalisations séquentielles ou alternantes (technique du service), offrant un contenant global qui permettrait un meilleur contrôle des passages à l'acte, notamment en y travaillant par des méthodes psycho-éducatives (de type technique de gestion des symptômes, d'affirmation de soi, d'habileté de conversation, etc.), tentant de la préparer à une psychothérapie cognitive, cherchant également à aborder de façon souple sa famille, et utilisant la technique de gestion groupale [5] sur un mode psychodramatique ou de jeu de rôle pour augmenter son *insight* et sa motivation à poursuivre son traitement, cette technique permettant à la fois la protection du narcissisme et la confrontation des conduites masochistes.

Elle tendra à reproduire avec l'équipe soignante sa relation avec sa famille (notion de « famille soignante métaphorique de transfert ») et l'on pourra ainsi l'aborder d'une manière plus synthétique en minimisant les manipulations.

Planification du traitement

Il faudrait donc en priorité aboutir le plus rapidement possible à l'abandon des passages à l'acte et à leur remplacement par des actions ou des agir symboliques, puis traiter ces agir symboliques dans le cadre de la gestion groupale [5]. Une première hospitalisation d'une quinzaine de jours serait destinée à une prise de contact, à la mise en place des différentes techniques utilisées et à l'établissement du projet thérapeutique en accord avec la patiente, évidemment.

Le recours à une psychothérapie institutionnelle de type intégratif et éclectique, soit résidentielle (complet ou alternant), soit en séjour partiel (de jour ou une partie de la journée), permet d'abord de contrôler son comportement, de poursuivre ensuite le travail thérapeutique en cure ambulatoire selon différents modes et enfin de consolider les changements par des réhospitalisations séquentielles brèves (24 ou 48 heures), telles des hospitalisations de « rappel ».

L'intérêt de ces hospitalisations, ou au moins d'un traitement en milieu institutionnel, sera aussi de créer avec elle une histoire institutionnelle, tissée au fil du temps avec l'équipe soignante, répétant son histoire personnelle et permettant de mieux en cerner les différents aspects, de les interpréter et de les traiter de différentes manières (par l'anaclitisme, le soutien, la confrontation, le recadrage, etc.) en alternant les entretiens individuels, les séances de gestion groupale, les entretiens et exercices effectués avec les infirmiers, les réunions institutionnelles, etc.

Stratégies et techniques thérapeutiques

Techniques comportementales et cognitives [2] inspirées par une compréhension psychodynamique

- Améliorer l'auto-observation en la faisant participer à l'analyse fonctionnelle de ses troubles.

- Les lui faire hiérarchiser et commencer par ce qui lui paraît être le plus important.
- Utiliser la technique de résolution de problèmes et de gestion des symptômes. Par exemple : aborder le problème de son intolérance à la frustration et de sa réponse boulimique (régressive orale).
- L'agir thérapeutique [5] sous une forme psychodramatique ou ludique (jeux de rôle).
- Poursuite du traitement en cure ambulatoire, en institution à temps partiel (CATTP – centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) ou centre de jour, mais si possible avec la même équipe.

Passage au traitement de l'expression symbolique de ces troubles

- Soit en thérapie cognitive.
- Soit en thérapie cognitivo-psychodynamique (interprétation).

Progression du traitement

Nous avons déjà répondu à cette question, mais nous soulignerons tout spécialement :

- le risque d'abandon rapide du traitement en dénigrant le psychothérapeute ou l'équipe soignante ;
- si le traitement se déroule en milieu institutionnel, le risque de clivage de l'équipe soignante en deux camps opposés ;
- le risque de rechute ou de tentatives de suicide si l'on ne veille pas assez à assurer l'anaclitisme ;
- le risque d'installation dans une dépendance passive et dans une lutte masochiste avec l'équipe soignante ;
- le risque de régression maligne à toutes les étapes.

Il faut donc être très vigilant et veiller constamment à maintenir en tension plusieurs points importants :

- veiller à l'étaiyage ;
- contrôler le masochisme et l'érotisation ;
- contrôler le recours au passage à l'acte (boulimie, tentative de suicide (TS), changement trop fréquent de partenaires) ;
- favoriser la symbolisation et le traitement de ses troubles ainsi transposés.

Conclusion

Comme on le voit, la comparaison de ces différents commentaires est intéressante à plus d'un titre :

- Au premier abord, les conceptions de ces psychothérapeutes, souvent auteurs réputés ou chefs d'école, paraissent très différentes. Mais à y regarder de près, si l'on se livre à une analyse détaillée de leurs textes, ce que nous n'aurons pas le loisir de faire faute de place, mais c'est un travail que nous vous suggérons de réaliser, car il sera profitable, on peut retrouver sous des formes et dans des proportions variées les différents facteurs communs [9]

mis en évidence dans plusieurs recherches et considérés comme responsables de l'essentiel du changement opéré par ces psychothérapies.

- On peut voir aussi que ces différents intervenants partent d'abord de leur théorie et de leurs modalités pratiques d'intervention pour aborder le cas et ne font pas la démarche inverse : essayer de comprendre le cas en premier lieu et de la manière la plus naturelle possible ; puis en déduire ensuite les modalités thérapeutiques. Mais on voit aussi les limites d'une telle conception qui se veut aussi respectueuse que possible des faits. Pour comprendre le cas, il faut pouvoir se servir d'une théorie et l'on risque de retomber dans le défaut si souvent dénoncé de l'attitude procustéenne, c'est-à-dire de vouloir faire à tout prix correspondre le cas à sa propre théorie, à moins que dans une attitude ouverte on accepte d'en reconnaître les limites et les insuffisances et de chercher à la compléter par les apports des autres conceptions ou des autres écoles. Nous retrouvons alors l'attitude éclectique qui cherche d'abord à répondre le plus complètement possible à la demande ou aux besoins du ou de la malade, en utilisant la mise en application de ces facteurs communs ou en recourant à la pratique multimodale telle que préconisée par A. Lazarus [10]. On peut même être confronté au fait que malgré les nombreuses théories et pratiques à notre disposition à l'heure actuelle, certains points demeurent encore obscurs et pourraient représenter le point de départ de nouvelles investigations. Celles-ci pourraient aussi être en même temps des ouvertures à la recherche de points de convergence entre ces différentes théories et finalement des voies d'appel pour un véritable travail d'intégration. C'est à notre avis la seule voie possible en réalité. Car jamais on ne pourra parvenir à construire une théorie générale des psychothérapies en partant du matériel existant, ce qui supposerait de part et d'autre de nombreux renoncements difficiles à accepter, alors que construire à partir de ce qui manque, des points aveugles, des questions non résolues est tout à fait possible et peut stimuler la collaboration de chercheurs d'appartenances différentes.

Références

- [1] Buber M. *Je et Tu*. Paris: Aubier; 2001.
- [2] Chambon O, Marie-Cardine M. Les psychothérapies cognitives dans l'institution. Rapport présenté au congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, La Réunion. Média-flash: Paris; 1998.
- [3] Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Paris: Masson; 2004.
- [4] Cungi C. *Savoir s'affirmer en toutes circonstances*. Paris: Retz; 2001.
- [5] Dubor P. Place de l'agir et de l'interprétation dans les psychothérapies. *Rev Fr Psychanal* 1991;55(3):733-54.
- [6] Elkaïm M. L'expérience personnelle du psychothérapeute : approche systémique et résonance. *Psychothérapies* 2004;2(43):145-50.
- [7] Kernberg O. *Les troubles limites de la personnalité*. Paris: Dunod; 1997.
- [8] Klein M. *La psychanalyse des enfants*. Paris: PUF; 2004.
- [9] Lambert MJ, Shapiro DA, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 3ème ed. NY: Wiley; 1986.
- [10] Lazarus AA. Multimodal behaviour therapy: treating the «basic id». *J Nerv Ment Dis* 1973;156(6):404-11.



Ce cas clinique présente une série d'entretiens effectués par des thérapeutes d'écoles différentes réalisés dans une optique expérimentale et didactique avec un enregistrement vidéo. L'observation suivante ainsi que les entretiens ont été rapportés ici.

Présentation du cas

Fanny, femme quinquagénaire au moment où elle est rencontrée, d'allure plutôt frêle et souffreteuse, présente un masque de tristesse, peu animé, et s'exprime d'un ton plaintif et aphone au point de devenir parfois inaudible, contraignant l'interlocuteur à majorer son attention. Cette aphonie est consécutive à une trachéotomie pratiquée quelques années plus tôt à la suite d'une tentative de suicide gravissime par ingestion de soude qui l'avait plongée dans le coma et avait nécessité ce geste d'assistance respiratoire. Cette tentative n'était pas la première, car son histoire est jalonnée de passages à l'acte auto-agressifs, survenant toujours dans une extrême intolérance à la frustration et dans la recrudescence d'un syndrome dépressif chronique pharmaco-résistant se déroulant dans un contexte de conflit familial. Son histoire psychiatrique a commencé à l'âge de dix-huit ans alors qu'elle avait débuté des études d'infirmière, métier qu'elle avait beaucoup investi et qu'elle a dû arrêter lors de la découverte d'un infiltrat

tuberculeux pulmonaire qui a nécessité un long traitement en sanatorium dans les années quatre-vingt et une série d'interventions chirurgicales. Elle en a conçu une immense déception, motif invoqué à la pérennisation de sa dépression d'allure névrotico-réactionnelle. Les examens psychiatriques diagnostiquent un important trouble de la personnalité avec tout un cortège de symptômes névrotiques somatoformes : asthénie, douleurs multiples, dyspnées, gastralgies sans aucun substratum lésionnel, compliqués d'importants troubles du caractère l'amenant à se mettre constamment en conflit avec son entourage : autoritaire, susceptible, intolérante à toute frustration, exigeante, impatiente, tyrannique.

Après renoncé à son métier d'infirmière, elle s'est mariée, a eu un fils prénommé Adelphe, mais a rapidement divorcé. Elle est revenue vivre au sein de sa famille et a contracté un alcoolisme grave et important qu'elle a tenté de masquer derrière ses symptômes fonctionnels dans un premier temps, mais qui devenait de plus en plus apparent malgré ses dénégations. Elle a fait l'objet de multiples tentatives de traitements toutes soldées par des échecs, faisant le tour de tous les services de psychiatrie et d'alcoologie de la région pour échouer dans le seul service universitaire qu'elle n'avait pas encore fréquenté à la suite de nouvelles tentatives de suicide par alcoolisation et surdosage médicamenteux.

Dans ce service, elle s'est d'abord montrée d'un contact extrêmement difficile : mutique, refusant tout abord, toute proposition, opposante et fermée, se montrant brutale et parfois grossière, y compris avec les médecins. Mais derrière cette façade hostile se cachait une femme d'une grande sensibilité et d'un grand dévouement : elle faisait cause commune avec les malades les plus défavorisés du service, manifestant à leur égard des attentions délicates, donnant à boire aux personnes âgées, aidant une malade handicapée à se déplacer, ayant des gestes de sollicitude et des mots gentils vis-à-vis des patients fragiles qui touchaient les infirmières et qui permirent de supporter sa façade revêche.

Cette situation permet de comprendre qu'elle vivait probablement un drame intérieur.

Un jour, le père est arrivé exprimant son désespoir face à l'évolution de sa fille. Progressivement s'est révélée l'existence d'un conflit familial très important dans un contexte d'incestualité : la malade, aînée d'une sœur, aurait été, semble-t-il, toujours la favorite du père qui montrait vis-à-vis d'elle des sentiments qui dépassaient largement l'affection légitime d'un père pour sa fille, de connotation passionnelle. Au cours de son histoire avec le service, il s'avéra que la patiente avait établi avec son père une relation fusionnelle, très érotisée sans la verbaliser, mais jamais agie, restant implicite. En effet, la patiente semblait trouver un grand plaisir dans ce type de relation selon le ressenti des observateurs, mais masquant cependant d'importantes attitudes agressives. On pouvait être choqué de voir comment la sollicitude permanente de ce père, qui téléphonait chaque jour pour prendre de ses nouvelles, plaidait sa cause, exprimait en toutes circonstances son affection excessive, apportait des cadeaux comme des fleurs,

entraînait des réactions négatives chez sa fille : critiques acerbes incessantes, revendications, propos quérulents, disqualification, etc. Il s'est avéré que cette relation fusionnelle et incestuelle avec le père avait créé dans la famille un important conflit de jalousie par rapport à sa sœur et à sa mère. Le père et la mère s'opposaient à son sujet, la mère ne supportant plus le caractère tout-puissant de sa fille qui s'interposait constamment entre elle et son mari sous prétexte d'une maladie par ailleurs indiscutable. La malade semblait à la fois dépitée de ne pas posséder l'exclusivité de la relation avec son père et coupable de ses propres désirs incestuels naturellement inconscients. Périodiquement, cette situation devenant insupportable pour elle, elle y échappait dans de grandes ivresses aboutissant souvent à une tentative de suicide avec les médicaments prescrits par les nombreux médecins que son père l'envoyait consulter.

L'équipe dans le service faisait preuve d'une grande patience à son égard, d'une écoute compréhensive qui permit de détendre la situation et de progressivement l'ouvrir. Il se créa une relation également fusionnelle avec certaines infirmières et certains médecins du service, clivant l'équipe en deux camps adverses : les uns se montrant compatissants, les autres rejetants. Elle mettait le service à feu et à sang, elle téléphonait à son père pour dire qu'elle était maltraitée et qu'on s'occupait mal d'elle. Mais le service tenait le coup.

Cette situation dura les premières années de sa prise en charge, car elle fut hospitalisée à plusieurs reprises et suivie directement ou à distance entre-temps. Mais, à la longue, au décours de différents changements dans la composition de l'équipe institutionnelle, elle finit par être rejetée définitivement sous le prétexte de l'envoi à l'équipe de son secteur de résidence.

Auparavant, elle rencontra les différents psychothérapeutes dans une période de relatif apaisement après plusieurs séjours hospitaliers : la patiente consommait moins d'alcool, suivait un traitement antidépresseur et était plus particulièrement suivie dans le cadre d'une psychothérapie institutionnelle et d'une psychothérapie individuelle par un médecin du service, psychiatre et psychothérapeute. Elle avait même trouvé un emploi d'aide-soignante dans une maison de retraite non loin du domicile de ses parents, lui permettant d'avoir une petite autonomie par rapport à sa famille dont elle restait très dépendante financièrement, l'objectif étant de l'amener à plus de distance vis-à-vis de son père. Elle avait juste pris un appartement non loin de ses parents. Dans le service, elle s'était liée d'une forte amitié avec une autre malade alcoolique. Incapable de trouver un autre homme que son père, elle partait par moments en vacances avec son amie et, au cours de ces sorties, la malade entraînait son amie dans des ivresses importantes, la poussant à organiser des rencontres sexuelles multiples, orgiaques.

Au moment où sont réalisés les entretiens que nous présentons ici, elle venait de perdre son père d'un cancer deux ou trois ans auparavant et poursuivait un deuil prolongé. Le père ayant laissé un héritage, les conflits resurgirent. Le père dans son testament l'avait particulièrement favorisée. Avec cet argent, objet de nombreuses disputes et d'âpres négociations avec sa sœur et sa mère, elle acheta un appartement en ville pour venir vivre près

de son amie, la voyant tous les jours, sortant ensemble, jouant au Scrabble® et buvant moins. Hélas, les conflits dans l'équipe hospitalière où elle était toujours suivie de différentes façons s'accroissent. Elle fut finalement adressée à l'équipe de son secteur de résidence et se suicida quelques mois après.

Questions

Nous allons vous présenter trois entretiens avec trois psychothérapeutes d'orientations différentes. Pour chaque entretien, nous vous proposons les questions suivantes :

1. À quel type d'orientation se rattache chaque psychothérapeute ? Pour quelles raisons ? Relevez-en les facteurs spécifiques et expliquez-les.
2. Que repérez-vous du style et de l'attitude du thérapeute dans cet entretien ? Quel impact celui-ci a-t-il sur la patiente ?
3. Retrouvez dans l'entretien un ou plusieurs des facteurs communs aux psychothérapies à l'aide de la liste ci-jointe et précisez en quoi ils sont présents. Que pensez-vous de l'absence de certains de ces facteurs dans ces entretiens (tableau 7.1) ?

Tableau 7.1
Liste des facteurs communs

Facteurs communs	Présent/absent dans l'entretien	Commentaires
Relation thérapeutique (empathie, alliance...)		
Renforcement de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle		
Développement d'expériences génératrices d' <i>insight</i> et de changement de perceptions		
Régulation du niveau d'activation émotionnelle		
Induction d'attentes positives et stimulation de la motivation		
Production de nouveaux comportements		

Un quatrième entretien avec la même patiente clôt cette série de rencontres. Après ce dernier entretien où la patiente donne son propre avis, voici les questions à envisager :

4. Une indication de psychothérapie est-elle justifiée chez cette patiente ? Si oui, laquelle et pour quelles raisons ?
5. Comment tenez-vous compte de l'avis de la patiente ?
6. Comment envisageriez-vous l'évolution de la psychothérapie choisie ? Prévoyez-vous des difficultés particulières ?

Nous vous proposons pour finir quatre dernières questions concernant les quatre entretiens :

7. Trouvez-vous qu'il existe des points communs entre ces trois entretiens à côté des facteurs communs évoqués plus haut ?

8. Pourriez-vous comparer les différentes techniques utilisées entre elles ?

9. Comment auriez-vous abordé la patiente sur un mode systémique et sous l'aspect de la prise en charge institutionnelle ?

10. Quel aspect essentiel a été systématiquement laissé de côté par les trois thérapeutes ? Comment l'auriez-vous abordé ?

Un premier entretien avec Fanny

Thérapeute 1 (Th. 1). – Alors, je vais vous demander ce qui vous amène en consultation.

Fanny (F.). – Ce qui m'amène, c'est trente ans de... je vais pas dire de galère parce qu'à notre époque, ça veut pas tellement dire ce que je pense... Je fais des dépressions depuis l'âge de vingt ans à peu près.

Th. 1. – Oui.

F. – J'en ai 48.

Th. 1. – Hum...

F. – Avec de multiples tentatives de suicide... Et moi, j'ai pratiquement essayé toutes sortes de traitements...

Th. 1. – Oui.

F. – Y avait des... des petits mieux... euh... provisoires. Mais bon, j'me retrouve toujours au même point. Donc là, ben... j'en ai refait une... de tentative de suicide.

Th. 1. – Hum... Donc là, ce qui vous a amenée à consulter aujourd'hui, ce sont les conséquences d'une tentative de suicide, c'est ça ?

F. – Oui.

Th. 1. – D'accord. Et vous pouvez me dire un petit peu le contexte de cette tentative ?

F. – Pff... Le contexte... euh... J'en avais déjà fait une, deux ans avant. J'ai essayé de m'en sortir... J'aurais, j'ai repris un petit boulot.

Th. 1. – Hum...

F. – J'étais handicapée bien sûr et vraiment j'ai tenu le coup parce qu'il fallait... parce qu'il fallait en avoir l'air pendant 10 mois. Après, il y a eu deux mois épouvantables...

Th. 1. – Hum, hum...

F. – Enfin, pendant ces 10 mois, je faisais que sortir pour aller travailler, je rentrais chez moi et j'étais enfermée chez moi, je voyais plus personne... Et puis, ben... les mauvaises conditions de travail, les mauvais rapports avec l'équipe ont fait que j'ai craqué... En plus, euh... une rupture avec mon ami que je connaissais depuis six ans... Donc là, ça a fini quoi... par provoquer une tentative que j'aurais été vraiment la dernière.

Th. 1. – Donc, je vais résumer un peu la chose pour voir si j'ai bien suivi. Vous parlez de tentative de suicide il y a deux ans. Si j'ai bien compris, vous avez repris une activité qui s'est bien passée la première année, c'est ça ?

F. – Disons que j'ai tenu le coup, oui... J'ai tenu le coup normalement pendant un an et demi.

Th. 1. – Vous avez tenu le coup. Et ensuite, vous avez recraqué à la suite de mauvais rapports avec une équipe de travail.

F. – Oui.

Th. 1. – Et également d'une rupture.

F., *pensive*. – Rupture...

Th. 1. – Rupture sentimentale. Quand vous dites : « J'ai tenu le coup pendant un an, un an et demi à la suite de mon avant-dernière tentative de suicide », vous voulez dire quoi ?

F. – Ben j'ai essayé de faire comme si... C'est-à-dire d'apparaître normale, en allant travailler tous les jours... Mais bon, ça voulait pas dire que j'avais repris une vie... euh... normale puisque je... j'avais aucune relation avec personne.

Th. 1. – Vous ne sortiez pas ?

F. – Je sortais pas du tout, juste pour aller travailler.

Th. 1. – Et ça, cette reprise des activités ou cette rencontre avec des personnes, elle n'a pas eu lieu à cette période-là ? Ou c'est quelque chose que vous déjà aviez vécu avant ?

F. – Non, particulièrement à cette période-là.

Th. 1. – Et avant ?

F. – J'ai eu de courtes périodes où je me renfermais un peu sur moi-même. Mais elles sont rares, puisque j'avais plutôt tendance à me diriger vers l'alcool, donc ça fait beaucoup de rapports sociaux de mauvaise qualité, mais c'est ce qu'on veut...

Th. 1. – Si j'ai bien compris, vous voulez dire par là qu'il a deux ans, vous aviez des contacts avec les gens, des rapports sociaux qui passaient par l'alcool, c'est ça ?

F. – Euh... Pour tout ce qui était extérieur à mon ami, oui.

Th. 1. – C'est-à-dire que chez vous, vous aviez une vie de couple ?

F. – Pas vraiment, puisque c'est une personne qui n'était pas libre non plus, donc que je voyais plusieurs fois par semaine.

Th. 1. – Donc, si j'ai bien compris, votre relation affective ne passait pas par l'alcool, mais, à côté, vos rapports sociaux se faisaient avec des gens qui avaient également un problème avec l'alcool, c'est bien ça ?

F. – Oui, mais pas forcément... J'avais juste besoin de boire pour...

Th. 1. – Pour les voir...

F. – Oui...

Th. 1. – Ah... Alors, éclaircissez-moi ici : vous ne voyiez pas spécialement à ce moment-là des gens qui avaient des problèmes avec l'alcool, simplement vous, vous aviez besoin de boire pour aller voir des gens ?

F. – Oui, oui.

Th. 1. – D'accord...

F. – Et puis, automatiquement, on se retrouve avec des gens qui boivent aussi...

Th. 1. – Oui, oui. Et ce problème d'avoir des difficultés à aller voir des gens comme ça et à utiliser l'alcool pour ça, ça remonte à quand ? Enfin, depuis quand vous buvez pour aller vers les autres ?

F. – Dire exactement quand, je sais pas... Ce que je sais, pour y avoir réfléchi après... Dans la période où j'étais mariée, je pense qu'on avait quand même plutôt tendance à boire trop... Mais bon... C'est ce qu'on appelle l'alcoolisme mondain. Et c'est suite à ça que... Enfin, je peux pas dire que c'est suite à ça... Je vais dire que c'est à cause de ça... Mais bon... Moi, j'y ai trouvé mon compte... Et c'est sûr qu'après j'avais tendance, toute seule, quand ça allait pas, à me tourner vers la boisson aussi...

Th. 1. – Mais avant... avant que vous soyez seule... vous disiez qu'il y avait un alcoolisme mondain... qu'il y avait un accroissement... Mais est-ce qu'à ce moment-là il y avait déjà des moments où vous étiez mal pour aller vers les autres ? Si vous n'aviez pas une aide comme l'alcool, par exemple, est-ce que ça, c'est un problème qui existait déjà à l'époque ?

F. – J'ai toujours été mal avec les autres.

Th. 1. – Toujours... c'est-à-dire que vous diriez même enfant ? même adolescente ?

F. – Oh oui ! ça remonte à... oui !

Th. 1. – Enfant, comment étiez-vous sur le plan des contacts avec les autres ?

F., *souriant*. – J'en sais rien. J'ai jamais su. J'ai très, très peu de souvenirs...

Th. 1. – Oui ?

F. – Mais bon... De ce qu'on m'a dit... récemment d'ailleurs... puisque à force de questionner, on arrive à avoir un bout de réponse...

Th. 1. – Oui ?

F. – J'étais de toute façon... J'achetais l'amour de mes copines... comme j'ai continué après... c'est-à-dire que je donnais tout ce que j'avais matériellement pour qu'on me... pour être la copine.

Th. 1. – Oui ?

F. – Et dixit mon père... chaque fois que je rentrais de l'école, eh ben... je m'étais battue. Je m'étais battue, mais pas avec des filles, mais avec des garçons. Comme j'ai pas de souvenirs, je sais que je jouais toujours avec des garçons, ça, c'est sûr... Mais bon, moi, j'en ai pas de souvenir quoi... précis.

Th. 1. – Ces informations que vous me donnez là, c'est à la suite d'une discussion avec votre père ?

F. – Oui...

Th. 1. – Vous n'avez aucun souvenir depuis quand ?

F. – Pff... Avant de... de... d'essayer de me soigner... j'en avais pas avant dix-huit ans, au moment où je suis rentrée à l'école d'infirmière. Avant, j'avais rien... Je me souvenais pas du tout... Puis après, à force d'y réfléchir, j'ai retrouvé deux trois petites choses...

Th. 1. – Et dans ces souvenirs que vous avez retrouvés, qu'est-ce que vous avez eu comme pensées ou comme images ? Des scènes précises peut-être ?

F. – Quelques scènes précises, oui, mais vraiment...

Th. 1. – Dans ces scènes, est-ce que vous êtes une enfant ou une adolescente plutôt... comment... réservée ? timide ? qui va vers les autres ? Comment êtes-vous dans ce souvenir ?

F. – Non, très, très renfermée...

Th. 1. – Renfermée. Le peu de souvenirs que vous avez retrouvés, c'est plutôt les souvenirs d'une enfant renfermée ?

F. – Ben oui. C'est des réflexions euh... des élèves du lycée qui étaient internes, donc qui étaient en étude... quand j'arrivais au lycée, qui avaient vue sur l'escalier qui montait au bahut et qui me disaient : « Mais quand t'arrives à une heure et demie, on dirait que tu t'es fait taper dessus tellement t'as une tête épouvantable. » J'ai pas le souvenir d'avoir été tapée, hein ?

Th. 1. – Et pourquoi on vous disait ça ?

F. – J'avais l'air tout à fait découragée... pas envie, euh... absolument pas motivée... avec des souvenirs de tentatives de suicide, de TS d'adolescente où on se coupe les veines... où je m'étais fait engueuler...

Th. 1. – Parce que vous vous étiez fait engueuler ?

F. – Oui.

Th. 1. – La première TS, c'était à la suite de l'engueulade ?

F. – La toute première, oui...

Th. 1. – Une engueulade par qui et à quel sujet ?

F. – Par mon père... Parce que, au lieu d'aller à la messe, euh... j'étais non pas derrière l'église (*rire*)... mais dans les bois avec un petit copain... en tout bien tout honneur ! Et que ben... c'était très, très mal pris...

Th. 1. – Et quand vous vous êtes fait engueuler comme ça sur le moment, vous vous souvenez de la scène ?

F. – Très bien oui !

Th. 1. – Oui ? Vous vous souvenez de ce que vous avez vécu sur le moment ? de ce que vous avez fait ? de ce que vous avez dit ?

F. – Non. Je me souviens simplement que ma mère disait à mon père : « Arrête de la frapper, surtout que tu lui frappes sur la tête. » Et je crois que c'était une grosse colère, c'est tout.

Th. 1. – Ça, c'est l'attitude de votre père : lui, il tapait quand il était en colère. Votre attitude à vous, comment était-elle à ce moment-là ? Qu'est-ce que vous avez fait ?

F. – Oh... Je pense que j'ai pas dû dire grand-chose... Par contre, je me souviens avoir pleuré pratiquement toute la nuit après...

Th. 1. – Vous ne dites rien sur le moment, mais vous pleurez.

F. – Oui.

Th. 1. – Et vous vous dites quoi dans votre tête à ce moment-là ?

F. – Ben que ça valait pas tout ça parce que j'avais vraiment rien fait de mal...

Th. 1. – C'était exagéré ? La relation est exagérée ?

F. – Ben il me semble maintenant... J'y ai repensé avec le recul... Et puis, je comprends bien son attitude. En fait, il avait eu peur plus qu'autre chose...

Et ça, c'est des situations que j'ai revécues avec mon fils après, euh... Il m'était arrivé aussi de le frapper parce que j'avais eu peur. Mais pas pour le frapper ni pour le punir...

Th. 1. – Mais ça, vous l'avez compris après, vous dites... Mais sur le moment, dans ce que vous avez vécu, le comportement ne valait pas la punition.

F. – Je crois, dans mes souvenirs, que ça m'a paru tout à fait injuste... disproportionné.

Th. 1. – Ça vous a paru injuste, disproportionné.

F. – Oui.

Th. 1. – D'accord.

F. – D'autant plus que j'avais passé cette heure avec ce garçon qui n'avait fait que m'enguirlander !

Th. 1. – Lui aussi.

F. – Parce que les filles étaient jalouses... Parce que je leur piquais leur petit copain, enfin donc... Vraiment ! C'était cher payé !

Th. 1. – D'accord. et alors, vous disiez tout à l'heure que c'est à ce moment-là qu'a eu lieu la première tentative de suicide, à la suite de cette altercation. Donc, votre père vous engueule comme vous dites, il vous tape même ! Sur la tête ! À ce moment-là, vous, vous ne dites rien, vous montez pleurer et, ensuite, que se passe-t-il ? Que vous êtes-vous dit ? C'est injuste ? C'est disproportionné ?

F. – J'ai pleuré toute la nuit, euh... malheureuse comme les pierres... Je sais que ma mère est venue me voir pour essayer de me calmer... Et puis, le lendemain, je suis allée à l'école. Et c'est entre midi et une heure que j'ai fait ça.

Th. 1. – Est-ce que vous avez un souvenir précis de la scène du lendemain entre midi et une heure ?

F. – Non, j'ai le souvenir de quand ma meilleure amie s'est rendu compte de ce que j'avais fait...

Th. 1. – Sur le moment, est-ce que vous vous souvenez si vous aviez encore ce sentiment d'injustice, par exemple, ou de disproportion vis-à-vis de votre père ? Non ? Vous ne vous souvenez pas non plus de comment vous avez décidé de cette tentative de suicide ?

F. – Oh ! mais maintenant ça me fait rire de dire que c'était une TS... Parce que me couper les veines comme je l'avais fait...

Th. 1. – Entre la veille, le moment où votre père vous a tapée et le lendemain, à midi, vous n'avez pas revu votre père ? Vous n'êtes pas allée vers votre père du tout, hein ?

F. – Non.

Th. 1. – Ni vers votre mère ?

F. – Ma mère, je devais la voir comme tous les matins, mais...

Th. 1. – Vous n'avez pas reparlé de l'événement ?

F. – Non, je crois pas.

Th. 1. – La première fois que l'événement a été réabordé, en fait, c'est à cause de votre TS le lendemain, à midi. Quelles ont été les conséquences ?

F. – Je peux vraiment pas vous dire ce que ça a fait comme effet, ce que ça a eu comme conséquence. J'en sais rien.

Th. 1. – Vous ne vous en souvenez plus ?

F. – Non.

Th. 1. – D'accord. C'est vrai que tout ça, c'est loin malgré tout.

F. – Oh oui !

Th. 1. – Vous avez dit, tout à l'heure je crois, que vous avez fait de nombreuses tentatives de suicide. C'est vrai qu'on peut aussi revenir sur elles. On a parlé de la dernière. On a parlé aussi de l'avant-dernière. Je crois que, au début de notre discussion, si j'ai bonne mémoire, vous disiez : « Avant la dernière, il y a deux ans, où j'ai tenté de me réadapter en particulier par le travail... mais tout en étant... » Je sais plus comment vous disiez... « En tenant le coup », je crois, « en restant chez moi, sans voir personne ». Et je crois que la discussion sur la question du contact avec les autres est partie de ce sujet-là. À cette période-là, où finalement vous cherchiez à travailler, à sortir de cette dépression, mais où vous n'arriviez pas à être avec les autres, et en particulier à faire autre chose. Cette dernière tentative de suicide, vous m'avez dit, s'est passée à la suite d'une rupture sentimentale et de mauvais rapports dans le travail.

F. – Oui.

Th. 1. – Est-ce qu'on peut parler un petit peu de cette période-là ? Des mauvais rapports dans le travail, de la rupture... Peut-être peut-on commencer par les mauvais rapports...

F. – ... Les mauvais rapports dans le travail. C'est quand je suis rentrée dans ce foyer de personnes âgées, en tant que CES, « contrat emploi solidarité ». Donc, je faisais vingt heures par semaine. Et je... j'étais pas une menace pour les personnes qui travaillaient déjà là-bas. Et après, donc, étant donné que j'ai le diplôme d'aide-soignante par équivalence, puisque j'ai fait l'école d'infirmière, il est arrivé un moment... au bout de... j'dirais de neuf, dix mois... où l'infirmière responsable a dit : « Bon ben écoute, étant donné que tu es aide-soignante et que tu es la seule à être aide-soignante de toutes les filles, j'aimerais que tu me secondes un peu plus, que tu sois un peu moins au ménage et un peu plus pour me seconder. » Donc, ce qui me plaisait tout à fait, hein ?... Seulement, ça a été très, très mal vécu par les filles qui étaient là-bas. Et à partir de ce moment-là, il y a eu une atmosphère épouvantable.

Pourtant, je pense pas... Je suis vraiment certaine de pas avoir eu un comportement fier ou suffisant parce qu'y avait vraiment pas de quoi. Et bon... elles l'ont très mal vécu. Après, elles m'ont fait la vie dure... du style elles m'ont plus parlé... Juste bonjour quand j'arrivais le matin. Et puis, aucun échange quoi... jusqu'à ce que moi, je me retire complètement, c'est-à-dire que je prenais mes repas dehors pendant une heure de temps pour pas être avec elles. Et puis parler à personne... sauf avec les mamies quoi... dans la mesure où je pouvais...

Th. 1, *en l'interrompant*. – Ce que vous essayez de me dire, il me semble... enfin, j'essaie de me concentrer... « En gros, j'y arrive pas » : elles ne vous parlaient pas, elles ne vous disaient même pas bonjour et vous, je crois que vous avez dit que vous ne parliez pas non plus, et du coup sur une heure de temps, sur l'heure de repas...

F., en reprenant. – Voilà, sur l'heure de repas... Je sortais puisque je mangeais à table avec elles et pour éviter...

Th. 1, *en l'interrompant*. – Ah ! vous sortiez ! D'accord. Donc : « Je ne leur parle pas et j'évite de déjeuner avec elles pendant l'heure du repas. »

F. – Oui.

Th. 1. – C'est-à-dire que votre réaction, là, c'est de fuir le contact ?

F. – Oui.

Th. 1. – Vous ne leur aviez pas dit que leur attitude vous faisait de la peine à ce moment-là ?

F. – J'ai essayé une fois, euh... Faut dire aussi qu'elles sont toutes plus jeunes que moi... J'ai essayé d'écrire à celle qui menait la bande contre moi, et tout ce que j'en ai eu, c'est la réaction suivante : quand je suis arrivée dans la chambre, elle venait de lire le mot que je lui avais donné. Alors, je lui ai demandé ce qu'elle en pensait, si on pouvait en parler. Elle m'a répondu : « Si tu savais ce que j'en ai à foutre de ce que tu m'as écrit ! De toute façon, moi, je viens ici pour gagner ma vie. Les mamies, je m'en fous complètement, et de toi encore plus ! » Ce à quoi je lui ai répondu qu'elle avait bien de la chance de pouvoir faire ce boulot-là sans l'aimer parce que ça me paraît très difficile. Vraiment ! Et puis que bon ben... puisque c'était comme ça, eh bien, on en resterait là. Et puis chacune chez soi quoi ! Mais je lui ai quand même signalé qu'elle évite de trop m'emmerder parce qu'il y avait des limites ! Je lui ai dit : « De toute façon, si je pars d'ici, ce sera pour des raisons de santé. Cela ne sera pas à cause de toi ! » Parce qu'elles avaient déjà fait partir trois filles avant moi. Donc, je pense que le problème ne venait pas que de moi.

Th. 1. – Hum... Vous n'aviez pas spécialement douté de vous à ce moment-là ?

F. – Humainement ? Je peux même dire à aucun moment !

Th. 1. – À aucun moment donné, vous n'avez douté de vous ?

F. : Non, parce que j'ai vraiment tout fait pour m'intégrer. Compte tenu de la différence d'âge, de ce que les filles travaillaient ensemble depuis des années, de cette relation que j'avais avec cette infirmière... j'ai vraiment tout mis de ce que je pouvais pour que ça se passe bien, pour qu'il n'y ait pas de problème quoi !

Th. 1. – Plusieurs autres personnes semblaient concernées d'après ce que j'ai compris ? Vous vous êtes adressée, vous m'avez dit, à celle qui menait la bande ?

F. – Oui.

Th. 1. – Est-ce qu'on peut dire que c'était la personne la plus difficile avec vous sur le plan relationnel ?

F. – Ben oui. Et puis je pense qu'elle avait un sérieux problème ! Autant que moi, pour pas dire plus !

Th. 1. – À l'époque, est-ce que vous avez eu l'idée de vous adresser à quelqu'un de peut-être moins difficile dans ses rapports aux autres ?

F. – Ben... il y en a une qui m'a permis de tenir le coup un an. Elle avait l'âge de mon fils d'ailleurs. Elle a compris un petit peu que... bon ben euh... je respirais pas la joie de vivre et que c'était pas en m'enfonçant un peu plus que je serai plus agréable. Donc, elle... c'était des fois un petit peu le recours quand des fois on se mettait à deux pour faire équipe pour le ménage le matin. On se mettait systématiquement ensemble pour essayer d'améliorer les choses. Et comme elle voulait pas non plus se couper des autres, elle menageait la chèvre et le chou comme on dit.

Th. 1. – Donc, on peut dire qu'il y en avait une plus malveillante et une autre nettement plus bienveillante à votre égard, hein ? On pourrait dire les choses comme ça ?

F. – Oui. Et les autres suivent le mouvement...

Th. 1. – Alors, les autres suivent le mouvement ? Cela fait combien de personnes en tout ?

F. – Oh ! Six personnes.

Th. 1. – Six qui suivent. Dans ces six qui suivent, n'y en a-t-il pas que vous ayez abordées à ce moment-là ? avec lesquelles vous ayez pu en parler ?

F. – Non, parce que ça me demandait déjà beaucoup d'efforts de travailler avec elles. Je ne me considère pas comme une fille intelligente, loin de là, mais il y a un minimum quand même... Quelqu'un qui est tout juste capable de parler des choses de supermarché ou d'un truc comme ça, pff... c'est pas vraiment mon problème, je crois. J'ai l'impression qu'elles font ce boulot... Moi, je fais ce boulot parce que ça me plaît, hein ? Parce que j'aime ça. Bon... j'ai peut-être pas les mêmes impératifs de gagner ma vie et d'être obligée de payer mon loyer, mon entretien et donc je vois peut-être pas les choses de la même manière qu'elles, voilà ! Mais bon, ça, j'ai évité de le faire ressortir aussi...

Th. 1. – Si on prend ce microcosme-là, cette maison de retraite, à part la personne que vous dites bienveillante, vous vous sentiez différente des autres à ce moment-là ?

F. – On n'est vraiment pas dans le même monde, hein ?

Th. 1. – Vous vous sentiez dans un monde différent de celui des autres, c'est-à-dire non seulement de celle qui mène la barque, mais des six autres aussi ? et de la bienveillante ?

F. – C'est Alexandra que j'aimais bien. Mais bon... pour accepter d'être bien avec elle, il fallait que je la considère comme ma fille.

Th. 1. – Ce sentiment de ne pas être comme les autres, d'être seule par rapport à un groupe, l'avez-vous vécu en d'autres occasions ?

F. – Oui, et je le vis encore !

Th. 1. – Par exemple ?

F. – Tout simplement, moi, j'arrive pas à trouver un intérêt à la vie. J'ai pas envie de vivre. Donc, automatiquement, les gens qui vivent normalement, ils peuvent pas concevoir ça. Alors, je ne suis pas bien avec eux.

Th. 1. – Dans ce groupe de gens qui ont de la peine à trouver de l'intérêt à la vie, est-ce que certains le partagent avec vous ?

F. – C'est difficile à dire parce que je ne fréquente que les soignants d'ici.

Th. 1. – Oui ? N'avez-vous pas encore rencontré des gens qui pensaient comme vous ?

F. – Si, j'en ai rencontré. Mais je n'ai pas l'impression qu'ils soient aussi déprimés...

Th. 1. – Quand vous rencontrez des gens dépressifs, vous dites-vous encore : « Je suis différente d'eux » ?

F. – Ben... Moi, j'ai l'impression que j'ai trop pris de claques en trente ans... et puis que je ne vois pas où je vais. Je vais nulle part de toute façon... Le seul truc qui m'a un peu menée par le bout du nez, c'est que j'avais envie d'avoir un enfant. Maintenant que je l'ai eu, très bien !

Th. 1. – Ce que vous disiez à l'instant, si j'ai bien compris de manière très schématique, c'est que la cause de votre dépression est due au fait d'avoir trop pris de claques pendant trente ans ?

F., *en pleurant*. – J'ai l'impression que tout ce que j'ai fait, je l'ai raté. Y compris mon gamin, parce que je l'ai même pas élevé. Même ça, je l'ai raté.

Th. 1. – Quand vous dites : « je l'ai raté », est-ce une pensée qui est là, au moment où on parle, ou alors revient-elle régulièrement dans votre tête ?

F., *en séchant ses larmes*. – Tout le temps...

Th. 1. – Elle revient tout le temps, qu'il se passe ou non quelque chose ?

F. – Oui.

Th. 1. – Au moment où vos larmes sont venues, était-ce lié à cette pensée ou avez-vous d'autres soucis ?

F. – Non, je n'ai pas d'autres soucis.

Th. 1. – Vous me citiez l'exemple de votre fils en me disant : « je l'ai même pas élevé », c'est-à-dire ?

F. – J'ai divorcé quand il avait douze ans, et donc je suis partie. Il est resté avec son père, et ce, presque jusqu'à ses dix-huit ans. Je l'ai donc très peu vu.

Th. 1. – Avec son père de douze à dix-huit ans ?

F. – Oui.

Th. 1. – Et avant ses douze ans ?

F. – Avant douze ans, on était encore ensemble...

Th. 1. – Vous étiez ensemble...

F. – Oui.

Th. 1. – Qui l'emmenait à l'école ?

F. – Ben... soit moi, soit son père. Il y est allé vite tout seul à cause de nos horaires de travail.

Th. 1. – Vous travailliez à l'époque ?

F. – Oui.

Th. 1. – Que faisiez-vous ?

F. – On avait une agence immobilière.

Th. 1. – Vous aviez une agence immobilière ? Et qui s'occupait de l'enfant le soir ?

F. – Ma belle-mère.

Th. 1. – Votre belle-mère. Et quand vous rentriez, il était couché ?

F. – Il était prêt à se coucher. Il avait mangé et il était en pyjama.

Th. 1. – Il était en pyjama... Vous aviez le temps de le voir un moment. Et un matin sur deux, à peu près, vous l'emmeniez à l'école ?

F. – Ben... Plus l'après-midi... parce que le matin je partais après mon mari, qui l'emmenait souvent.

Th. 1 : D'accord. Quand vous dites que vous ne vous êtes pas occupée de votre fils, finalement, quels sont les arguments ? Vous dites que : « Bon... Le fait que je ne l'ai pas eu de douze à dix-huit ans... » Hein ? C'est ça que vous disiez ? Il était avec son père... et vous semblez dire que vous ne l'avez pas vu du tout à ce moment-là ?

F. – Très peu... Et puis c'était dans la période où je buvais aussi... Donc, j'étais là sans être là quoi.

Th. 1. – C'est-à-dire que vous ne pouviez pas vraiment vous occuper de lui à cause de l'alcool ?

F. – Oui.

Th. 1. – D'accord. Y a-t-il d'autres arguments qui vous font dire que vous ne vous êtes pas occupée de votre fils ?

F. – Je sais pas. Quand je le vois vivre maintenant, il me semble que si j'avais été là...

Th. 1. – Quel âge a-t-il maintenant ?

F. – Vingt-quatre ans.

Th. 1. – Il a vingt-quatre ans. Dans sa vie actuelle, y a-t-il quelque chose qui vous fasse penser que vous ne vous en seriez pas assez occupée ?

F. – Ben déjà, il fonctionne aux joints...

Th. 1. – Il fonctionne aux joints ?

F. – Aux joints. Comme moi, j'ai fonctionné au Tranxène® et au pastis.

Th. 1. – Des joints de quoi ? Que fume-t-il ?

F. – Du hasch.

Th. 1. – Oui. Et de ça, qu'en déduisez-vous ?

F. – Qu'il est mal dans sa peau, qu'il a une raison de fumer, qu'il est incapable de l'exprimer, de le dire...

Th. 1. – Oui... et qu'en pensez-vous ?

F. – Enfin, disons que si j'y réfléchis un peu, il peut se dire que si je m'étais occupée plus de lui quand il en avait besoin, il aurait peut-être fait ses études normalement, il aurait une vie normale au lieu d'être tout seul à la

maison, au lieu de se faire à manger tout seul à son âge alors qu'il n'en est peut-être pas capable...

Th. 1. – J'ai l'impression que vous reparlez de la période de ses douze-dix-huit ans là. D'accord... Il vous reprocherait de ne pas avoir lavé son linge et de ne pas vous être occupée de la maison pour lui. C'est là votre conviction ?

F. – Ben... Parce qu'à ce moment-là, je ne m'en suis pas préoccupée ; j'étais persuadée que mon ex-mari le faisait normalement, mais...

Th. 1. – Il ne s'en occupait pas ?

F. – Ben je ne l'ai su qu'après : ce n'était pas du tout le cas.

Th. 1. – Pourquoi ?

F. – Parce qu'il n'était jamais là. Le gamin était livré à lui-même à la maison, il faisait ce qu'il voulait.

Th. 1. – Pourquoi votre mari n'était pas là ? Travaillait-il ?

F. – Il travaillait et n'avait pas d'horaires.

Th. 1. – Votre mari, était-il dépressif ou alcoolique ?

F. – Pas à ma connaissance.

Th. 1. – Alors, cette idée que votre ex-mari ne s'occupait pas beaucoup de votre fils pendant la période de ses douze-dix-huit ans, dans quel sens va-t-elle ?

F. – J'ai l'impression qu'avec ce que je sais maintenant, j'aurais pu l'aider et j'aurais pu éviter qu'il en arrive là.

Th. 1. – Êtes-vous la seule qui aurait pu l'aider à ce moment-là ?

F. – Ben sûrement pas la seule... Mais en tout cas peut-être la plus apte à le faire puisque mes parents lui ont tourné le dos. Ils ne comprenaient pas qu'il se comporte comme ça et ne le comprennent toujours pas d'ailleurs.

Th. 1. – Si je comprends bien, pendant cette période-là, vous ne vous en êtes pas assez occupée à cause de votre problème d'alcool. Votre mari ne s'en est pas occupé non plus à cause d'un travail excessif. Et vos parents lui ont tourné le dos. Ils ne s'en sont pas occupés non plus.

F. – Non, non, pas du tout non !

Th. 1. – D'accord.

F. – Le jour où j'ai divorcé, ils l'ont complètement rejeté.

Th. 1. – Donc, effectivement, vous avez raison : la première solution aurait été de vous en occuper si vous n'aviez pas été malade. Mais avec l'hypothèse de votre maladie, de votre passage par l'alcool, voyez-vous qu'il y eût d'autres solutions pour que votre fils ait été mieux élevé à ce moment-là ?

F. – Je sais pas ! Quand on a divorcé, le choix lui a été laissé de venir avec moi ou de rester avec son père. Il est bien évident que son choix à l'époque a été influencé : chez son père, il avait notre maison, ses amis, le ski. La vie en station, hein ? Moi, je partais en ville, dans un petit appart, sans même être sûre d'avoir un boulot pour gagner ma vie. J'ai donc pensé que c'était la meilleure solution pour lui de rester dans son milieu avec les moyens qu'il avait. Après, c'est vrai, je me suis pas posée de questions,

persuadée qu'il vivait tout à fait normalement. Et puis... quand je m'en suis rendu compte, c'était trop tard. Même si, à cette époque, j'avais su que ça se passait comme ça avec son père, j'aurais peut-être pris sur moi pour me comporter un peu mieux et le reprendre.

Th. 1. – Mais là, même quand il était avec son père, vous continuez à penser que c'est de votre faute ?

F. – Ben parce que j'étais pas là...

Th. 1. – Vous avez été malade, vous avez souffert de difficultés avec l'alcool et de dépression. Mais si son père s'en était bien occupé, pensez-vous que l'évolution de votre fils aurait changé ?

F. – Eh bien, oui...

Th. 1. – Il vous semble que oui ? Si dans une famille, la mère est malade, souffre de difficultés avec l'alcool et d'une dépression, si le père est pris par son travail, mais si les grands-parents, d'un côté ou de l'autre, s'occupent de l'enfant, est-ce que cela peut l'aider ?

F. – Je le pense aussi, oui...

Th. 1. – Vous le pensez aussi. Donc, est-ce qu'on peut dire encore que c'est uniquement vous avec votre problème d'alcool et de dépression qui êtes responsable de l'évolution de votre fils ?

F. – Non, je ne suis pas la seule responsable, de toute façon.

Th. 1. – Quand vous pleuriez tout à l'heure, je vous le rappelle, étiez-vous seulement occupée par la pensée d'avoir mal élevé votre fils, d'en avoir été la seule responsable, ou cette idée pouvait-elle en même temps cohabiter avec celle que d'autres auraient pu tout de même vous aider, puisque vous étiez malade ?

F. – Eh bien, je ne sais pas... Je ne sais pas qui Adelphe fréquentait à cette époque-là... Je sais cependant que ma belle-mère a fait ce qu'elle pouvait : elle était handicapée, elle aussi, par un poids excessif et donc elle ne sortait pas de la maison, et je ne vois pas comment elle aurait pu courir après lui. D'autant plus qu'il était assez dévergondé ! Ce n'était pas elle qui pouvait aller le chercher quand il rentrait tard... Je suis donc sûre que si elle avait pu en avoir un peu plus le contrôle, il aurait mieux évolué.

Th. 1. – Vous pensez qu'il serait allé mieux à ce moment-là ?

F. – Je le pense ainsi : depuis que j'ai repris contact avec lui, j'ai l'impression, sans que ce soit la panacée, que nous arrivons bien à discuter et que tout ce que je lui dis a de l'importance à ses yeux.

Th. 1. – Oui... Qu'est-ce qui vous donne cette impression ?

F. – Eh bien, quand nous parlons ensemble, il fait vraiment attention à ce que je lui dis, il me pose des questions, il approfondit sa réflexion. Quand il m'a appris qu'il fumait des joints, et ceci de manière excessive, après lui avoir répondu que c'était mal, je me suis reprise tout de suite et je me suis montrée compréhensive, et je lui ai dit que ce qui me faisait peur, ce n'était pas le fait qu'il fume, mais la raison qui l'y incitait : pourquoi avait-il besoin de fumer un joint en sortant du boulot plutôt que d'aller en ville voir des copains ? Pour moi, sa conduite équivalait à prendre du Tranxène® ou de

l'alcool, comme je le faisais. Je n'avais donc pas de difficulté à comprendre son comportement et je lui disais que ce que j'aurais voulu savoir, c'était pour quelle raison il agissait ainsi... qu'est-ce qu'il cherchait dans cette façon de se conduire...

Th. 1. – Et qu'a-t-il répondu ?

F. – À l'époque, la première fois qu'il m'en a parlé, il a banalisé : « Mais non, tout le monde fume, ce n'est rien, ce n'est pas pire que de boire une bière... » Ensuite, il a fait son service militaire et il y a rencontré des difficultés. Il a voulu s'arrêter. Il a dû se faire opérer des dents à l'hôpital militaire et il a voulu s'arrêter un petit peu avant parce qu'il avait peur de se faire prendre. Il a alors sombré dans une importante dépression, à tel point qu'il a voulu appeler son père une nuit tellement il était mal... Quand nous en avons reparlé, j'ai pu ainsi lui montrer que s'il n'existe pas de dépendance physique, il en existe une du point de vue psychologique et, comme il a pu le voir, qui peut être très importante. Donc là, il a compris et il m'a dit : « Non, mais c'est vrai, j'ai vraiment ça dans la peau... » Ensuite, il m'a parlé de ses relations avec les filles ; il m'a dit qu'il était très intimidé, malgré les apparences. Et cela, je l'ai toujours pensé : il était grande gueule et m'as-tu-vu, justement parce qu'il était mal...

Th. 1. – Pourquoi aviez-vous pensé ça ?

F. – Eh bien... parce qu'en général, quand on se fait remarquer, mis à part le fait d'être vraiment prétentieux dans l'âme... quand on fait beaucoup d'esbroufe, quand on roule des mécaniques, c'est que l'on a quelque chose à prouver et, en général, on ne sait pas quoi...

Th. 1. – Vous parlez de votre fils comme une mère qui s'en occuperait mal...

F. – Ben non, parce que maintenant j'ai changé quand même...

Th. 1. – Ah !... Et cela date de cette discussion vraiment approfondie ?

F. – Cette première discussion vraiment approfondie, ça date d'un an, un an et demi...

Th. 1. – Donc, depuis un an, un an et demi, vous avez ce type de discussion avec votre fils ?...

F. – Oui.

Th. 1. – Et vous trouvez que c'est une mauvaise mère qui a ce genre de discussion avec son fils ?

F. – Ben non, parce que maintenant j'essaie de rattraper le temps perdu, mais je ne sais pas s'il est rattrapable...

Th. 1. – Ah, moi non plus, on verra... Enfin, si nous faisons un peu le bilan de ce que nous avons dit depuis un petit moment à propos de votre rôle envers votre fils, c'est vrai que nous pourrions prolonger cette discussion. Ce serait peut-être même important d'ailleurs de continuer à examiner l'image que vous en avez en tant que mère puisque, en gros, nous sommes partis de l'émotion que vous avez éprouvée tout à l'heure et de la pensée qui l'a accompagnée. Je me suis permis de la noter : « Tout ce que j'ai fait, je l'ai raté... » C'était votre première idée, assez générale, et derrière cette idée,

vous avez pensé à votre fils. Vous avez alors dit : « Je m'en suis pas occupée, je l'ai pas élevé... » Bon... Je me suis permis de noter quelques-uns des arguments qui vont dans les deux sens. Effectivement, cette idée ne vous est pas venue par hasard, vous l'avez étayée : vous ne vous seriez pas assez occupée de lui, comme la première fois que vous m'en avez parlé : « C'était quand il avait entre douze et dix-huit ans. Je ne m'en suis pas assez occupée parce que j'étais à l'époque dépressive et sous l'influence de l'alcool... » Et vous avez aussi ajouté : « D'ailleurs, même maintenant, à vingt-quatre ans, il est devenu plus autonome, mais ce n'est pas moi qui l'aide. » D'accord, ces arguments confirment cette idée et expliquent pourquoi vous l'avez eue tout à l'heure.

Mais on peut aussi dessiner un tableau à deux colonnes : dans la première, nous mettrions ces idées négatives. Dans la seconde, on peut, à l'inverse, inscrire les arguments opposés. J'ai noté quelques-uns de vos propos au passage. Il n'y avait, semble-t-il, pas que vous qui ne vous en seriez pas occupée : votre ex-mari ne s'en occupait pas assez, lui non plus, ce qui n'est pas de votre faute directement. On a aussi évoqué l'idée que vos parents lui ont tourné le dos, ce qui n'était pas là non plus directement de votre faute. Par ailleurs, on a évoqué cette période depuis un an, un an et demi, où vous avez repris le contact avec lui et où vous avez exercé une influence positive sur lui. Nous l'avons évoqué assez rapidement, mais même à la période où il était petit, vous disiez que vous l'emmeniez l'après-midi à l'école, que vous rentriez le soir pour le voir avant le coucher. Donc, ces faits contredisent l'idée que vous ne vous en occupiez pas du tout, et puis depuis un an, un an et demi, vous dites : « On discute ensemble, il fait attention à ce que je lui dis, il m'a confié qu'il fumait des joints et qu'il éprouvait des difficultés avec les filles. » On a l'impression tout de même que vous avez un rapport avec votre fils qui est suffisamment proche pour qu'il aborde ces sujets-là.

F. – Oui, je pense que maintenant c'est...

Th. 1., *en l'interrompant*. – Pour finir, est-ce que vous pouvez continuer à penser de la même manière que tout à l'heure, c'est-à-dire que vous ne vous seriez pas occupée de votre fils ? Est-ce que cela vous paraît toujours aussi vrai ou est-ce que vous ne seriez pas amenée à nuancer cette pensée ?

F. – Pendant la période de six-sept ans, je ne m'en suis pas occupée, ça, c'est clair.

Th. 1. – On a dit que ce n'était pas...

F. – Ce que je fais maintenant...

Th. 1. – Si nous faisons le bilan global, à l'heure où nous discutons tous les deux...

F. – Ben j'ai dans l'idée que ce que j'aurais pu faire à cette époque-là aurait été plus important et plus efficace que ce que je peux faire maintenant puisqu'il a arrêté ses études, il a...

Th. 1. – C'est une autre idée alors, qui est celle que « j'aurais pu faire plus à une certaine époque »...

F. – Pour éviter qu'il soit mal maintenant, il me semble...

Th. 1. – C'est ce qu'il vous semble, enfin bon... Votre idée, c'est : « j'aurais pu faire plus ». Peut-être y avait-il aussi d'autres arguments... « J'aurais pu faire plus à l'époque, en particulier donc quand il avait douze-seize ans. » Par contre, maintenant, qu'est-ce que vous pensez actuellement ?...

F. – Maintenant, j'espère arriver à quelque chose, mais c'est sûr que c'est plus aléatoire...

Th. 1. – Tout ce que vous avez fait depuis un an, un an et demi, vous laissez dans le même sentiment ?

F. – Non, là, il sait que je suis là quand il en a besoin...

Th. 1 : « Je m'en occupe plus, je suis là, disponible pour lui... »

F. – Oui.

Th. 1. – Bon... La question que j'ai envie de vous poser est celle-ci : lors de la survenue de cette émotion que vous avez éprouvée tout à l'heure, si nous prenons cet exemple, quelles étaient vos pensées et, d'une manière plus générale, comment se déroulent vos pensées quand vous vous sentez mal ? En pleurant, vous disiez : « Ce que j'ai fait, je l'ai raté », ce qui est une idée tout de même assez générale. Mais si on fait un bilan global, vous semblez maintenant plus nuancée. Vous vous critiquez, certes, et vous dites : « J'aurais pu faire mieux à une certaine époque quand il avait entre douze et dix-huit ans, mais maintenant je m'en occupe assez bien et je ne suis pas restée sans rien faire, pendant toute son enfance. »

Si vous réfléchissez de cette manière, plus nuancée, est-ce que votre émotion est identique à celle que vous éprouviez en disant « Je m'en suis pas occupée » ? En tout cas, est-elle différente ?

F. – Ben je suis mieux quand je pense à ce que je fais pour lui maintenant que quand j'évoque ce que je faisais avant, ça, c'est clair...

Th. 1. – Votre fils ne change pas pour l'instant, il est toujours le même. Votre rôle de mère tel que vous l'avez exercé entre ses douze et vingt-quatre ans est immuable, cela ne se discute pas, c'est fait. Ce qui se discute, c'est la façon dont vous vous pensez comme mère : soit vous vous pensez globalement comme assez mauvaise et là votre émotion est très dépressive, vous pleurez ; soit vous avez une attitude un peu plus nuancée, dans ce style d'analyse que nous avons fait ensemble, et à ce moment-là, votre émotion reste, certes, peut-être triste, mais elle est atténuée. Il semblerait que nous ayons là un moyen de modifier votre tristesse. Il serait intéressant d'essayer de voir si vous pourriez appliquer ce mode de raisonnement à d'autres thèmes que celui de votre fils quand vous êtes mal, c'est-à-dire d'essayer de repérer la situation de malaise, d'émotion dépressive et de voir quelles sont les pensées qui accompagnent vos pleurs... On appelle ça une cognition dans notre jargon de spécialistes. Cette pensée-là, vous allez voir qu'elle est souvent très négative, très méchante. On a l'impression qu'elle vous tape dessus en vous répétant : « Tu es une mauvaise mère, y a pas de pardon pour toi, hein ? » Elle ne vous fait pas de cadeau elle non plus. Je crois qu'il ne faut peut-être pas la laisser faire. Il faut savoir la critiquer et apprendre à la mettre à bonne distance. Ce pourrait être la proposition d'un moyen pour

vous aider à vous soigner : on pourrait vous faire apprendre à vous traiter ainsi, sur le moment, quand vous êtes mal. Qu'en penseriez-vous ?

F. – Je vous assure aussi que le problème de mon fils est encore modifiable. Quand je dis que j'ai tout raté, c'est de ma vie de femme qu'il s'agit puisque j'ai divorcé, je ne sais même pas pourquoi. Ma vie professionnelle ben... s'est finie aussi avec mon divorce, et il y a plein de faits sur lesquels je ne peux pas revenir.

Th. 1. – Bien sûr, bien sûr...

F. – Et, en plus, j'ai déjà quarante-huit ans.

Th. 1. – Certainement, mais je pense qu'on peut appliquer un peu ce style de travail sur tous les autres thèmes que vous venez de citer. On peut aborder chacun d'eux en faisant le tri de ce qui a réellement échoué et de ce qui n'est peut-être pas aussi négatif. Mais dans votre idée de l'échec, on relève deux niveaux : celui des faits, mais aussi, comme nous venons de le voir, la manière dont vous les voyez. On n'a pas parlé de vos réussites. Cela ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas. Cela veut dire surtout que vous n'y pensez pas.

F. – Il n'y en a pas des tas, hein ?

Th. 1. – Il faudra en discuter. Quand nous avons fait une analyse de ce qui avait trait à votre fils, nous nous sommes rendu compte qu'il n'y avait pas que des points négatifs. Alors, ce qui est important, quand vous êtes mal comme cela, c'est qu'on a effectivement l'impression de quelqu'un qui n'a que des échecs, qui ne parle que de ses échecs, qui pense à ses échecs, j'allais dire qui se punit de ses échecs, en fait qui les voit de manière très négative. Je ne peux pas changer votre vie, madame, c'est sûr. Personne d'autre ne pourra le faire. À l'inverse, ce que l'on peut essayer de changer, et c'est l'objectif de ce type de thérapie, c'est la façon dont vous voyez votre vie. Peut-être d'abord en ne voyant pas que vos échecs et, surtout, en évoquant vos échecs, en essayant d'avoir une analyse plus poussée comme nous venons de le faire pour bien trier les éléments positifs et négatifs et en vous appuyant plus sur ce que vous savez faire, comme vous le faites d'ailleurs fort bien depuis un an et demi avec votre fils. Voilà un petit peu le genre de travail qui pourrait vous être proposé. Alors, c'est vrai, il faudrait sûrement reprendre les thèmes que vous avez énoncés tout à l'heure et y travailler ainsi.

F. – Oui...

Th. 1. – Et la méthode consiste à essayer, sur le moment, quand on pleure par exemple, quand on est mal, de cerner ce qu'on se dit à ce moment-là, dans un premier temps. Qu'est-ce que vous en pensez ?

F. – Oui, mais il faut la mettre en application... Je sais pas si... surtout toute seule... Ça ne doit pas être évident...

Th. 1. – Tout cela, ce n'est pas évident. C'est pour cela qu'il existe des thérapeutes qui vous aident à le faire. Avec un thérapeute, c'est plus facile et, en plus, il est là pour vous apprendre à le faire et, ensuite, à le faire toute seule. Il sera là pour vous apprendre à le faire de façon à ce que cela devienne un réflexe. Je suis désolé que nous n'ayons pas pu aborder plus

de points. Je voulais surtout prendre un exemple pour vous montrer un petit peu et que vous compreniez ce qu'il est possible de faire. C'est une façon, et il y en a beaucoup d'autres bien sûr. Mais je ne sais pas si je me trompe, j'ai l'impression que vous avez assez bien compris cette façon de faire. Pouvez-vous me dire en deux mots ce que je viens de vous proposer avec la méthode cognitive quand on est mal ?

F. – C'est de chercher toujours ce qu'il y a de positif, l'inverse du négatif. Tout ce qui est négatif, tout ce qui est donc déprimant doit être vu sous un autre côté. Oui, je vois très bien.

Th. 1. – Vous voyez très bien. D'accord. Est-ce que vous avez envie d'ajouter quelque chose à cet entretien ?

F. – C'est intéressant. De toute façon, tout ce qui pourra m'ôter de la tête que la seule solution, c'est de disparaître est important. Voilà...

Th. 1. – Quand vous dites « c'est intéressant », qu'est-ce qui est intéressant ? Est-ce que vous avez noté un moment particulier au cours de l'entretien ?

F. – Ben je pense que ce qui facilite, c'est le fait que vous parliez beaucoup.

Th. 1. – Cela vous a aidée ?

F. – Oui. J'ai beaucoup de difficultés à parler si on ne me pose pas de questions.

Th. 1. – D'accord...

F. – J'ai l'impression de me diriger dans tous les sens et de pas dire l'essentiel. Même si j'ai pensé à des tas de choses avant de venir, sur le moment, j'ai parlé de tout autre chose...

Th. 1. – D'accord, vous pourriez peut-être demander à un thérapeute qu'il vous aide, qu'il vous guide dans votre travail. Au contraire, quelque chose vous a-t-il gênée pendant l'entretien, une intervention ou une réflexion qui vous aurait mise mal à l'aise ?

F. – Non, c'est seulement le fait d'avoir pleuré... parce que je n'aime pas...

Th. 1. – Vous n'aimez pas. Cela vous paraît très gênant ou c'est vous qui avez été très gênée...

F. – Non, mais moi, ça m'énerve...

Th. 1. – Voyez, pour moi, à quel point c'est important que vous ayez pleuré parce que c'est ce qui m'a permis de me dire qu'il y avait, derrière ces pleurs, ces pensées sur lesquelles nous avons pu travailler. Ces pleurs étaient donc un indice très important.

F. – Ben ce n'est pas que les laisser sortir volontiers, c'est que je ne peux pas les retenir.

Th. 1. – Oui, et je crois qu'en thérapie, c'est important que vous puissiez les laisser sortir.

F. – Ben oui, mais ça aussi, je ne sais pas le faire...

Th. 1. – Cela pourrait être aussi une piste intéressante pour vous d'apprendre à laisser sortir vos émotions...

F. – Oui, on me l'a déjà dit...

Th. 1. – On vous l’a déjà dit. Eh bien, voyez : apparemment, il y a plusieurs pistes possibles, hein ? OK. Je vous remercie vivement de votre collaboration.

Commentaire de ce premier entretien

À quel type d’orientation se rattache chaque psychothérapeute ? Pour quelles raisons ? Relevez-en les facteurs spécifiques et expliquez-les

Cet entretien voudrait illustrer un entretien de type thérapie cognitive. D’emblée, il convient de préciser que cet entretien n’est pas de type comportemental. Notamment, le thérapeute n’a pas réalisé d’analyse fonctionnelle du problème cible. Nous en relevons ici trois que la patiente annonce dès le début de l’entretien : une dépression chronique, des tentatives de suicide à répétition et toutes sortes de traitements, c’est-à-dire des échecs thérapeutiques. Le plus important, ici, serait peut-être l’analyse de ses tentatives de suicide. Progressivement, le thérapeute rentre dans l’histoire de la patiente, mais sans en explorer les détails. Il survole les difficultés de la patiente. Il ne se centre pas sur les schémas de pensée actuels de la patiente, mais entame une lecture de type « flèche descendante », une technique de psychothérapie cognitive qui vise à mettre à jour les schémas et les postulats cognitifs dysfonctionnels.

Le thérapeute manie bien la technique dite « des quatre R » caractéristique de celle de l’entretien motivationnel, technique qui permet de renforcer l’alliance thérapeutique : Reformuler, Résumer, Recontextualiser, Renforcer.

Mini-lexique de Thérapie Cognitive et Comportementale

Le *comportement* est un enchaînement ordonné d’actions destiné à adapter l’individu à une situation telle qu’il la perçoit et l’interprète.

La *cognition* est un acte de connaissance, c’est-à-dire l’acquisition, l’organisation et l’utilisation du savoir sur soi et le monde.

L’*émotion* est une sensation physique de plaisir ou de déplaisir en réponse à des stimuli environnementaux.

Puisque cet entretien est un premier entretien, il n’est pas typique dans sa totalité, en tout cas pas aussi typique que s’il se situait au cours d’une séance prise en milieu de thérapie qui serait plutôt en phase active.

Le thérapeute intervient activement à l’aide d’un questionnement de type socratique, sans recourir à la suggestion, pour aider le sujet à s’exprimer, à voir la réalité un petit peu autrement. L’hypnotiseur, dans une autre pratique, est très actif lui aussi, mais il utilise la parole pour modifier l’état de conscience du patient et le rendre ainsi plus suggestible.

Pour mieux comprendre

Le *questionnement de type socratique* désigne la technique utilisée par le psychothérapeute, à la manière de Socrate, pour faire découvrir au patient ses pensées automatiques dysfonctionnelles. Le questionnement socratique est une des caractéristiques de l'entretien en psychothérapie cognitive, en référence à la maïeutique socratique ou questionnement socratique. Le terme vient du grec ancien *maieutiké* (μαϊευτική) qui veut dire « l'art de l'accouchement ». Le philosophe grec, Socrate, fils d'une sage-femme, employait ce terme pour désigner la manière dont il procédait pour faire réfléchir ses disciples en leur posant des questions adroites destinées à faire proprement accoucher leur esprit de la vérité qu'ils déterraient à leur insu, c'est-à-dire à leur faire prendre conscience et à exprimer clairement ce qu'ils savaient implicitement, notamment en matière de philosophie. Ce terme a été repris et transposé dans le domaine de la thérapie cognitive sur le postulat que les pensées dysfonctionnelles sont jugées comme responsables des troubles psychiques dont souffre le sujet.

Un autre aspect spécifique serait celui de l'exploration très précise d'un instant chargé en émotion : celui où la patiente se met à pleurer. Par son questionnement, le thérapeute cherche à faire prendre conscience de et à s'exprimer la cognition sous-jacente qui est en fait un schéma cognitif erroné ou dysfonctionnel qui consisterait à généraliser d'une manière excessive une idée, un sentiment, un état d'esprit. Le thérapeute veut aller à la racine des pensées dysfonctionnelles, au plus près.

Mini-lexique de Thérapie Cognitive et Comportementale

Les pensées automatiques sont des pensées en situation, sur le moment. Elles sont : spontanées, brusques, automatiques, involontaires, répétées, courtes, spécifiques, précises, non réfléchies, mais plausibles et acceptées, même si elles ne sont pas validées par l'expérience. Les impulsions procèdent des pensées automatiques.

Les schémas de pensée ou les croyances sont les postulats, règles et convictions intimes de la personne relatifs à l'évaluation de soi et aux relations avec les autres. Ils correspondent à des filtres d'interprétation de la réalité. Ils sont peu flexibles, s'expriment en termes absolus, simplistes et souvent dichotomiques ou peu différenciés. Ils demeurent plus ou moins stables dans la vie du patient et touchent différentes thématiques centrales de la philosophie de vie de la personne : amour, compétence, performance, morale, autonomie, valeur, devoirs et droits.

Ces croyances, par une erreur de raisonnement, peuvent se transformer en *schéma cognitif erroné ou dysfonctionnel* suscitant des troubles.

Ici, le schéma cognitif erroné de Fanny pourrait s'énoncer de la manière suivante : « Tout ce que j'ai fait, je l'ai raté. » Quand le thérapeute explore

avec la patiente une des manifestations de ce schéma, au moment des pleurs, il découvre un processus de généralisation très extensif concernant l'échec de son rôle de mère. Il amène ensuite la patiente à confronter ses cognitions à la réalité extérieure et objective pour l'aider à nuancer ses pensées dysfonctionnelles. Si ce schéma s'est formé en elle, il s'est sûrement construit à partir d'une situation réelle, mais il tend à s'imposer d'une manière extensive et abusive et à lui faire oublier tous les autres aspects propres à en nuancer les effets très destructeurs et notamment déprimants. Il convient de préciser que cet entretien ne donne qu'un aperçu à la patiente de l'aide qu'elle pourrait trouver dans ce type de thérapie.

Cet entretien prend un tour nettement cognitif et bien moins comportemental, ce qui représente un parti pris du thérapeute par rapport à cette patiente-là.

Une des spécificités des thérapies cognitives et comportementales est l'analyse fonctionnelle, préalable à tout engagement dans une thérapie. Il manquerait ici plusieurs éléments pour la réaliser, mais des points pourraient déjà être relevés. Cet entretien fait apparaître ceux des suivants, selon une lecture cognitive :

- L'émergence d'un schéma cognitif dysfonctionnel, nommé biais cognitif : « Tout ce que j'ai fait, je l'ai raté. » Il correspond à une généralisation abusive. Pour mémoire, les autres biais cognitifs fréquemment retrouvés en consultation sont : l'inférence arbitraire (tirer des conclusions sans preuve), la généralisation, la maximalisation ou la minimisation et la personnalisation.
- Ce biais cognitif semble à la source de sa dépression. Mais il faut le considérer dans un double sens, c'est un véritable cercle vicieux : d'un côté, la dépression induit des schémas cognitifs dysfonctionnels de type pessimisme, incurabilité... et, d'un autre côté, le schéma cognitif erroné renforce la dépression.
- Dans cet entretien, le thérapeute cherche manifestement à explorer la question diagnostique de la phobie sociale chez cette patiente. Il semble considérer que son attitude de soumission représente un manque d'estime de soi, en particulier après la réprimande de son père ou après le différend avec ses collègues de travail. Le fait qu'elle se décrive comme ayant été une enfant solitaire et exclue des groupes l'amènerait à considérer ses relations avec les autres comme connotées de malveillance. Si cette phobie sociale se confirmait par un entretien plus approfondi, une thérapie comportementale d'affirmation de soi pourrait compléter ce traitement en parallèle à cet abord cognitif.

Voici un résumé des facteurs spécifiques abordés ici :

- la technique des quatre « R » : Reformuler, Résumer, Recontextualiser, Renforcer (entretien motivationnel) ;
- la flèche descendante ;
- le questionnement socratique ;
- les cognitions et schémas de pensée ;
- les pensées dysfonctionnelles ou biais cognitifs.

Que repérez-vous du style et de l'attitude du thérapeute dans cet entretien ? Quel impact celui-ci a-t-il sur la patiente ?

Le thérapeute donne l'impression de s'enliser dès le début de l'entretien dans une fascination pour la patiente, dans la séduction. Du coup, les

réponses et les questions fusent de part et d'autre sans possibilités de recul. On le mesure au laconisme et à la brièveté des réponses de la patiente. La patiente semble jouer le suspense. Cet aspect des réponses de la patiente révèle une dimension un peu théâtrale de sa personnalité.

Le thérapeute se précipite dans l'action et le changement avec le travail cognitif sans prendre le temps d'établir la relation, d'explorer la vie de la patiente et du coup de repérer les points potentiels de résistance et les risques inhérents à un changement trop brusque.

Par ailleurs, le thérapeute se focalise sur la phobie sociale et l'approche cognitive, et donc néglige le reste. Il relègue la dépression au second plan et la question du suicide est négligée chez cette patiente très impulsive : le risque suicidaire n'est pas évalué. Il n'interroge pas la patiente sur son histoire. Ce thérapeute, pourtant psychiatre, intervient plus comme un thérapeute cognitiviste que comme psychiatre justement. Un psychiatre bondirait sur cette question fondamentale et grave.

Retrouvez dans l'entretien un ou plusieurs des facteurs communs aux psychothérapies à l'aide de la liste ci-jointe et précisez en quoi ils sont présents. Que pensez-vous de l'absence de certains de ces facteurs dans ces entretiens ?

Les études sur les psychothérapies ont montré que les facteurs communs sont présents dans toutes les psychothérapies et sont responsables de 30 % des modifications opérées [10] (tableau 7.2).

Tableau 7.2
Facteurs communs dans les Thérapies Cognitives et Comportementales

Facteurs communs	Présent/absent dans l'entretien	Commentaires
Relation thérapeutique (empathie, alliance...)	Présente	Collaborative et directive (la patiente est interrompue et encouragée), structurée, empathique, voire sympathique
Renforcement de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle	Présent	Découle de l'analyse du schéma dysfonctionnel en soulignant les aspects positifs de la vie de la patiente
Développement d'expériences génératrices d' <i>insight</i> et de changement de perceptions	Présent	Par l'application d'une technique de restructuration cognitive : amener la patiente à constater, puis à nuancer ses croyances erronées
Régulation du niveau d'activation émotionnelle	Présente	Les pleurs sont mis en rapport avec les pensées automatiques
Induction d'attentes positives et stimulation de la motivation	Présente	La patiente apparaît d'accord dans un premier temps pour revoir le thérapeute, et elle découvre qu'elle a changé avec son fils
Production de nouveaux comportements	Présente	La patiente envisage de consacrer plus de temps à son fils

Un deuxième entretien avec Fanny

Th. 2. – Eh bien, nous voilà en piste. Vous êtes bien installée ?

F. – Oui, ça va.

Th. 2. – Comment éprouvez-vous le fait de vous prêter à cette expérience devant cette caméra ?

F. – Bof... ça va encore. C'est-à-dire que je considère ça comme un service que l'on m'a demandé.

Th. 2. – Oui. Vous faites ça parce qu'on vous l'a demandé.

F. – Ben oui.

Th. 2. – D'accord. Et quand il y a une caméra comme ça, cela ne vous fait rien de particulier ?

F. – Non, ça va.

Th. 2. – Ben moi, à la différence de vous, j'en ai rarement l'habitude.

F. – Je n'en ai pas l'habitude non plus.

Th. 2. – ...de la caméra et je suis un peu impressionné.

F. – C'est moins gênant qu'une personne...

Th. 2. – Hum... On va faire avec, hein ?

F. – OK.

Th. 2. – De quoi aimeriez-vous que nous parlions aujourd'hui ?

F. – De quoi ? Euh...

Th. 2. – Avez-vous quelque chose de particulier qui vous préoccupe ?

F. – La question presque obsessionnelle, c'est de me demander ce que je vais faire de ma vie.

Th. 2. – Hum, hum... Qu'est-ce que je vais faire de ma vie ?

F. – Oui, qu'est-ce que je vais faire d'autre que ce que je suis et que ce que j'ai déjà vécu ? Et puis j'arrive pas à trouver de motivation pour avoir envie de continuer de me battre. Ça, ça revient tout le temps.

Th. 2. – Je comprends que ce soit gênant.

F. – Et quand j'ai des angoisses, c'est parce que je pense à ça, en fait.

Th. 2. – On peut dire qu'elle est le centre de votre vie.

F. – Oui, voilà. Je me dis moins que le suicide soit la seule solution, mais ça reste quand même présent.

Th. 2. – Hum, hum... C'est une éventualité à laquelle vous pensez parfois...

F. – Souvent.

Th. 2. – Souvent. Hum...

F. – Et j'étais bien embarrassée l'autre jour quand mon fils m'a appelée pour me dire au téléphone : « Je sais plus quoi faire de ma vie. » Bien, on est deux alors. Ça m'a fait réfléchir encore un peu plus. Je sais pas... Je trouve pas d'envie...

Th. 2. – Vous n'avez pas d'envie particulière dans votre vie et, pourtant, vous êtes là maintenant, à vous prêter à cette expérience un peu singulière...

F. – Ben oui, parce que depuis deux ans j'essaie de me soigner. On m'a quand même assez répété qu'il y avait une solution, qu'on la trouverait... C'est vrai qu'au bout de deux ans, je commence un peu à me dire qu'on a peut-être un peu surestimé mes possibilités. Mais bon, je garde quand même quelque part un espoir que ça aille mieux. Disons que, pour l'instant, je ne vois pas bien les possibilités que j'aurais...

Th. 2. – Hum, hum... Donc, en somme, le sens de votre espoir ici... pardon... le sens de votre présence ici, c'est un peu cet espoir qui continue de vous animer ?

F. – Oui, je pense que oui. Bien qu'il ne soit pas particulièrement pour moi, parce que j'ai des parents à qui j'ai pas le droit de faire ça et j'ai un fils. Il y a qu'il faut que je trouve une solution, ce n'est pas pour moi personnellement, parce que j'y crois pas vraiment. Mais si j'arrivais déjà au moins à faire croire que je vis normalement, même si ce n'est pas spécialement agréable pour moi, ça serait déjà pas mal...

Th. 2. – Donc, je pense que vous avez cette grande question, celle du sens de votre existence, que vous avez des envies de vous suicider et qu'en même temps vous avez quelque chose qui vous retient et, en particulier, ce sont les gens proches de vous, vos parents, votre fils. Pourtant, vous êtes là et, en ce moment, là, vous vivez. Jusqu'à aujourd'hui, vous êtes en vie.

F. – J'appelle pas ça vivre, hein ?

Th. 2. – Vous appelez pas ça vivre... Expliquez-moi comment vous vous sentez en vie là, maintenant, quand vous êtes avec moi, dans cet endroit particulier, dans ce moment particulier, quand vous êtes en face de moi, qu'est-ce que vous sentez vivre en vous ?

F., *silence*. – Je sais pas, je me pose pas de... Je pars du principe que tout ce que je fais ici et qu'on me demande de faire, tout ce que je fais... c'est lié. Si on me le demande, c'est que ça a une utilité pour moi aussi. Donc, je dois venir sans trop me poser plus de questions.

Th. 2. – Hum, hum... Donc, on dirait que vous vivez pour obéir au médecin en ce moment ?

F. – En partie, parce que quand j'ai envie d'arrêter les antidépresseurs, je les arrête sans rien demander à personne, mais bon, ça, ça a toujours été, donc euh...

Th. 2. – Quand on aborde cette question-là, je vois que vous vous mettez à sourire. J'imagine qu'il y a malice dans votre expression quand vous dites ça : « Moi, quand je veux arrêter les antidépresseurs, je le fais et je demande à personne. »

F. – Oh ben ça, c'est la gamine, hein ?

Th. 2. – C'est la gamine ? Vous pensez à faire une farce ?

F. – C'est la seule chose que je peux faire quoi.

Th. 2. – Mais fonctionnellement, une des façons que vous avez trouvées pour vivre, c'est de faire les choses comme ça, en douce...

F. – Non, c'est pas le but.

Th. 2. – Ce n'est pas le but de vous rebeller un peu contre votre médecin qui vous prescrit des antidépresseurs et que vous voulez arrêter ?

F. – Non, c'est pas le but, c'est une façon de dire : vous pensez que vous avez la solution, mais je peux prouver que vous l'avez pas. C'est peut-être ça, je sais pas, hein ? J'imagine...

Th. 2. – « Je vais vous prouver que vous l'avez pas ! » C'est pas rien de dire ça... (*silence*). Vous pourriez dire... Peut-être que les médecins pourraient être représentés par la caméra, vous pourriez leur dire ça : « Je vais vous prouver que vous avez pas la solution ! »

F. – Oh ! je l'ai déjà plus ou moins dit, hein ?

Th. 2. – Vous l'avez déjà dit...

F. – Oui.

Th. 2. – Hum, hum... Vous seriez d'accord pour essayer de faire cette expérience-là maintenant ? De dire comme ça, devant la caméra et puis simplement, juste pour voir, ce que ça vous fait de leur dire par caméra interposée ?

F. – Oh ça ! Ça m'amuse si on veut, mais...

Th. 2, *en l'interrompant*. – Vous savez déjà à l'avance ce que ça va vous faire...

F. – Ben en tout cas, pour le Prozac®, j'avais tellement lu de choses : le Prozac® miraculeux, la personnalité qui se transformait, etc. Donc, je n'y ai plutô pas cru. Donc, c'est moi qui voulais prendre le Prozac® pour aussi éviter une prise de poids, parce que j'en ai bien pris de trop. C'est moi qui l'ai arrêté aussi, de moi-même, parce que je me suis aperçue que ça changeait pas grand-chose. Tout au moins pour moi, intérieurement. Puisqu'il paraît que pour mon entourage, en particulier pour mes parents, je suis différente quand je suis sous Prozac®. Mais moi, personnellement, je le ressens pas. Donc, j'ai essayé pour pouvoir dire : j'ai arrêté ! Il y a déjà deux mois que j'en prends plus, et je vois pas la différence.

Th. 2. – Ça donne l'impression que vous êtes un peu désillusionnée...

F. – Je suis maintenant convaincue que c'est pas ça ou un autre antidépresseur qui me permettra d'aller plus loin, qui m'aidera à passer des moments difficiles, je pense presque que sans rien j'arriverai à la même chose. Mais bon, ça, c'est moi qui le dis, hein ? Vous savez, parce que je pense quand même que depuis deux ans... et en plus depuis les vingt-huit ans que ça dure où j'essaie de me soigner correctement, si les médicaments avaient dû faire quelque chose, ce serait déjà fait et je serais pas là aujourd'hui.

Th. 2. – Vous êtes là... Vous répétez cette chose-là, que vous allez moins bien, qu'on vous donnait l'espoir et puis que finalement cet espoir est un peu déçu.

F. – Je le regrette pas constamment. Honnêtement, non. Mais je suis complètement découragée ! Pas plus tard qu'hier après-midi, j'avais presque envie de sortir et je pense pas que je serais revenue, je me serais certainement fichue en l'air. Et c'était un moment comme ça... Qu'est-ce que je fais là ? Ça sert à quoi ? Puis j'avance pas. Puis j'en suis au même point. Mais c'est pas 24 heures sur 24, heureusement !

Th. 2. – Alors, vous êtes là, vous dites ça, puis moi, je vois que votre voix s'éteint un peu, que vous êtes un peu comme ça, sans beaucoup d'énergie,

puis je suis attentif, là, tout à l'heure quand vous disiez : « Mais finalement, les médecins, je les ai bien eus », comme maintenant quand vos yeux se mettent à rire, comme s'il y avait une étincelle de vie quand vous avez la possibilité de dire... je sais pas quoi... finalement, comme je dirais, moi : « Finalement, je les emmerde ! »

F. – Oui, ça me fait penser à un autre de mes comportements vis-à-vis de l'alcool. Je sais que ça irrite mon père au plus haut point. Ça, c'est le truc qu'il ne tolérera jamais. Et quand je décide de boire, il y a l'envie de provoquer une réaction, chez lui en particulier. Chez les autres, bon ben... j'en ai rien à faire ; mais en tout cas, chez lui, oui !

Th. 2. – Ça paraît vivant quand vous dites ça ! Finalement, vous avez au moins une envie : c'est de provoquer une réaction, chez les médecins, chez votre père.

F. – Ben parce que je peux pas rester dans un statu quo comme ça, ne serait-ce que dans la relation avec mes parents, puisque apparemment elle est à l'origine de beaucoup de mes problèmes. J'ai des difficultés à accepter que mes parents vont partir parce qu'ils ont quatre-vingts et soixante-dix-sept ans, sans que j'aie pu comprendre. Ça, je... (*silence*)... je voudrais comprendre, même si c'est pour finalement en arriver à renoncer, à lutter. Je veux avant tout comprendre pourquoi.

Th. 2. – Pourquoi ?

F. – Pourquoi je suis comme ça ? Pourquoi j'ai toujours été comme ça ? Pourquoi ma vie s'est passée comme ça ? Il y a une raison supplémentaire à ça : c'est que je vois maintenant que mon fils ne va pas si bien que ça et que je n'ai pas envie qu'il prenne le même chemin, je voudrais être capable au moins de lui éviter ça. Si je n'ai pas fait autre chose, au moins ça.

Th. 2. – En tout cas, vous évoquez là des questions importantes que j' imagine douloureuses pour vous. C'est vrai que dans le cadre de cet entretien, on ne va pas pouvoir répondre à ces immenses questions-là, et puis en même temps ça me touche ce que vous dites parce que je sens bien que, derrière tout ça, il y a une énorme souffrance.

F. – C'est normal.

Th. 2 : C'est normal, oui.

F. – Je suis habituée quand même...

Th. 2. – Puis vous dites « ça fait mal », mais aussi avec un petit sourire. Vous remarquez ?

F. – Oui, parce que pff... tout le monde le sait que ça fait mal, tout au moins, tous les professionnels en tout cas, les autres ont de la peine à l'imaginer, mais...

Th. 2. – Vous pourriez me dire comment ça vous fait mal à vous particulièrement ? C'est vrai, ce sont des choses qu'on sait, mais peut-être que vous, ça vous fait mal d'une façon un peu particulière...

F. – Ben ça fait mal jusqu'à vous provoquer des douleurs physiques. À la limite, on supporte plus facilement une douleur physique qu'une douleur morale ; alors finalement, si ça s'exprime par des douleurs physiques, c'est peut-être pas plus mal...

Th. 2. – Et maintenant, c'est quelque chose que vous ressentez ? une douleur physique ? Où avez-vous mal maintenant ?

F. – À l'estomac...

Th. 2. – À l'estomac ? Quel genre de douleur avez-vous dans l'estomac ?

F. – Comme si on me rongerait...

Th. 2. – On vous rongerait, ah oui ? Et quand vous dites « on » me rongerait, qu'est-ce que ça pourrait être ce « on » ?

F., *silence*. – C'est bête à dire... C'est comme quelque chose qui m'est étranger, qui est pas à moi, qui est en moi et que j'arrive pas à dominer...

Th. 2. – Si ça avait une forme, qu'est-ce que pourrait être cette chose étrangère en vous ?

F. – Oh ! ben l'image est facile ! C'est le crabe de mon cancer, à peu près...

Th. 2. – Le crabe du cancer...

F. – Quelque chose qui ronge...

Th. 2. – Un crabe. Comme un crabe qui vous ronge. Comment est-il ce crabe ? Comment l'imaginez-vous ?

F. – Il peut prendre la figure de tous les gens qui m'ont fait du mal.

Th. 2. – Y a-t-il des personnes comme ça qui vous reviennent ?

F. – Je vais vous dire... Tout le monde, hein ?

Th. 2. – Tout le monde ? Tout le monde vous a fait du mal ?

F. – Disons qu'il y en a certains qui m'ont fait du mal et qui ont fait que maintenant je suppose que tout le monde est là pour ça, donc j'évite d'avoir des contacts. Le seul contact que j'ai maintenant, c'est ici, c'est tout. Ici, c'est facile puisque j'arrive ici en sachant que ce sont des soignants, des gens qui vont ni m'agresser, ni me juger, ni me reprocher quoi que ce soit, donc c'est un peu un cocon. C'est plus facile.

Th. 2. – Si vous êtes d'accord, j'aimerais bien qu'on puisse rester sur cette sensation que vous avez dans votre estomac, là, avec cette histoire de crabe. Ça m'intéresserait bien de voir ça de plus près. Voulez-vous ?

F. – Là aussi, ce sont des manifestations physiques. C'est ça ! Ce sont des douleurs pseudo-cardiaques, à la limite on se sent au bord d'avoir un infarctus. Ça arrive assez souvent...

Th. 2. – Et puis il y a ce crabe dans l'estomac. Hum, hum... Si toutefois c'était un vrai crabe, vous l'imaginerez tout petit ? Vous l'imaginerez énorme ?

F. – Non, gros !

Th. 2. – Gros. Pourriez-vous me montrer un exemple avec vos mains ?

F. – Il pourrait tenir dans mon corps, gros comme ça ! (*Elle montre la taille d'un ballon de basket.*) Et moche en plus !

Th. 2. – Moche. Et de quelle couleur ?

F. – Noir.

Th. 2. – Noir, un gros crabe noir.

F. – Tout à fait.

Th. 2. – Comment vous le décririez encore ? Il n'est que noir ou il a aussi d'autres couleurs ?

F. – Il a des pinces. Non, tout noir.

Th. 2. – Tout noir et des pinces ? Comment elles sont ses pinces ?

F. – Grosses aussi, très grandes par rapport à lui.

Th. 2. – Pourriez-vous me les représenter, que je puisse avoir une idée globale de comment est le crabe ?

F. – Ça au moins... (*Elle montre environ 20 cm.*)

Th. 2. *Le médecin, lui, montre les deux mains crispées, comme pour faire peur.* – Deux grosses mains...

F. – Ça tient bien toute la place là...

Th. 2. – Je comprends que ça vous fasse mal. Comment est-il cet estomac rongé ?

F. – Oh ! ben étant donné que j'ai suivi ma gastroscopie avec attention, je le vois tout à fait !

Th. 2. – C'est vrai ?

F. – Non, pas tout à fait.

Th. 2. – Je voudrais vous proposer quelque chose si vous le permettez. Bien sûr, si cela ne vous convient pas, vous pouvez me le dire. J'aimerais que pendant un petit moment vous essayiez d'imaginer que vous êtes ce crabe. Et puis que vous bouffez, que vous rongez l'estomac de... je ne me rappelle plus votre prénom...

F. – Fanny.

Th. 2. – Fanny. D'accord. Que vous bouffez l'estomac de Fanny. Seriez-vous d'accord pour essayer d'imaginer ça un moment ?

F. – J'aurais de la peine parce que je le ferai pas.

Th. 2. – Vous, vous ne le feriez pas, mais si vous étiez ce crabe, pourriez-vous reprendre un peu ses caractéristiques pour essayer d'imaginer cela ?

F. – C'est difficile...

Th. 2. – C'est difficile ?

F. – Oui.

Th. 2. – D'après ce que je comprends, vous trouveriez cela extrêmement difficile. Ainsi, la difficulté n'est pas quelque chose qui vous fait très peur ?

F. – Non, mais ça me demande de l'imagination. Je trouve plutôt que ça me pose un problème.

Th. 2. – Pourriez-vous un moment le faire, juste comme cela, et après on verra ce que ça donne ? Si vous voulez qu'on arrête, on arrêtera, hein ? Mais peut-être pourriez-vous imaginer de prendre l'attitude de votre crabe comme cela ? (*Il mime les mains crispées, comme pour faire peur.*)

F., *silence.* – Tiens, ça me fait penser à autre chose... En fait, ça me fait penser que le mal, c'est surtout moi qui me le fais, donc euh...

Th. 2. – Hum, hum... Donc, ça pourrait être quelque chose d'intérieur alors ?

F. – Oui, c'est moi qui ne veux pas le reconnaître.

Th. 2. – Seriez-vous d'accord, pour l'instant, pour qu'on ne cherche pas à le connaître davantage, ce moi ? Mais simplement qu'on lui donne cette forme qui vous est venue tout à l'heure, celle du crabe. Finalement, cela serait un peu cette partie de vous...

F., *silence*. – Je n'y arrive pas.

Th. 2. – Parce que, finalement, il est vraiment vivant en vous ce crabe. Il bosse... Il vit, et il vit bien ! Il en a l'air. Il a l'air de ne rien craindre... (*Silence*.) Qu'est-ce qu'il se passe pour vous maintenant, quand je dis ça ?

F. – Oh ! je dirais que plus j'y pense et plus ça me fait mal...

Th. 2. – Oui ? Plus vous y pensez et plus ça vous fait mal ? Pourriez-vous essayer alors de lui dire au crabe : « J'ai mal ! » Qu'auriez-vous envie de lui dire à ce crabe ?

F. – Ben en général, je dis rien, je subis.

Th. 2. – Hum, hum... Ben là, aujourd'hui, vous pourriez parler si vous vouliez. Vous pourriez faire l'expérience de ne pas le lui dire, mais vous pourriez aussi essayer de le lui dire, de lui dire ce qui se passe pour vous, lui raconter ce que d'habitude vous taisez.

F., *silence*. – Ben je lui dirai que s'il veut quelque chose, faut qu'il le dise quoi...

Th. 2. – Hum, hum... Continuez de lui parler comme ça, de lui dire : « Si tu veux quelque chose, il faudrait me le dire, j'aimerais bien savoir ce que tu me veux... » Dites-le-lui avec vos mots à vous, comme si vous lui parliez vraiment...

F., *silence*. – J'arrive pas...

Th. 2. – Maintenant, vous souriez, comme vous le faisiez tout à l'heure quand vous disiez : « Les médecins, je les ai bien... »

F. – Non, ce n'est pas ça. Ce n'est pas ça ! Vous avez rêvé !

Th. 2. – Qu'est-ce que vous êtes vivante quand vous riez comme ça ! Ça vous touche beaucoup ça ! Finalement, j'ai l'impression que vous êtes en train de faire ce que vous faites habituellement dans votre vie, c'est-à-dire que vous voulez de l'aide, et puis moi, je me sens bien disposé à vous apporter autant d'aide que je peux. Chaque fois que je vous fais une proposition, vous me mettez sur le côté : « Je ferai pas comme ça ou autre chose... », et puis, au bout du compte, vous vous mettez à rigoler un peu. Même si j'osais, je ferais quelque chose comme... (*Il fait un bras d'honneur*.)

F. – Non, non, quand même pas...

Th. 2. – Non, là, c'est moi qui le fais. C'est un peu dire que votre message s'exprimait de cette façon : tous ces gens qui s'occupent de moi, je veux rien leur donner.

F. – Ce n'est pas ça. Mais je suis maintenant convaincue que la seule personne qui peut quelque chose pour moi, c'est moi.

Th. 2. – Eh bien, sans doute... Oui !

F. – Donc, il y a des moments où, même en venant ici, je me dis que je trompe un peu les gens puisque je donne une façade qui ne reflète pas exactement ce que je suis.

Th. 2. – Donc, moi, je ne peux rien pour vous...

F. – Je prends ce qu'on me donne, c'est vrai, en sachant que, quoi qu'on fasse, la seule personne qui peut réagir, qui peut agir, c'est moi. Et c'est bien là où ça me pose un problème. C'est que j'arrive pas à trouver de raison pour réagir. Cela devrait être le but de toute psychothérapie...

Th. 2. – Vous pourriez penser à moi, vous ne pourriez rien pour moi.

F. – Ben hormis m'écouter et peut-être m'expliquer certaines choses, oui.

Th. 2. – Vous attendez de moi que je vous explique le fonctionnement...

F. – Ben oui. Pourquoi je suis comme ça ? Ce qui peut l'expliquer, ce qui pourrait me faire changer. Bon, je n'ai pas envie de voir des gens. Depuis deux ans, je me suis coupée du monde. C'est très bien puisque je peux le faire, tant mieux pour moi. Je sais que ce n'est pas la solution, mais c'est la plus facile. Celle qui me coûte le moins. Même si elle n'est pas particulièrement agréable tous les jours, c'est quand même la plus facile. Me soigner me permet d'avoir une tranquillité par rapport à mes parents puisque à partir du moment où je fais la démarche et que je suis censée me soigner, ça les rassure et donc ça leur convient.

Th. 2. – Ce que je vis en face de vous, quand vous décrivez un monde extrêmement douloureux, extrêmement pénible avec de la souffrance physique, qui encore n'est rien par rapport à votre souffrance morale, je pourrais être très touché ! Je veux dire, vous me dites quelque chose de très grave et pourtant, ce n'est pas ça qui me vient. J'ai l'impression que ce que vous me demandez, c'est peut-être de vous reconnaître avec cette souffrance. Un peu comme si elle était le seul moyen pour vous accrocher à la vie. Et cela, j'ai vraiment envie de le reconnaître : que vous avez beaucoup de courage ! Que vous avez beaucoup de souffrance !

F. – Et dans ma tête, je me dis que ça peut pas durer éternellement, que cela ne durera pas éternellement.

Th. 2. – Ça, c'est possible, mais pour l'instant, en ce moment, là, c'est cette souffrance-là qui est importante, qui est votre façon particulière d'être en vie.

F. – D'où la conclusion qu'il vaut mieux ne pas être là. C'est logique.

Th. 2. – Ça, c'est la conclusion que vous tirez, et c'est autre chose. Mais êtes-vous d'accord avec ce que je dis ? Peut-être pensez-vous que je suis assez loufoque pour avoir cette idée-là ?

F., *silence*. – Non... Mais j'ai l'impression que ma souffrance, j'essaie de la dissimuler dans la vie de tous les jours. En fait, de la garder pour moi. Je ne la partage plus puisque je ne vois personne.

Th. 2. – Il y a quand même quelque chose d'extraordinaire ! Vous dites : « Ma souffrance, je la dissimule, elle ne regarde que moi, je ne la dis à personne, personne ne peut rien pour moi... », puis en même temps vous venez là, vous faites cette expérience-là, vous acceptez d'être regardée par une caméra, que sans doute la cassette sera vue par d'autres personnes et que, d'une certaine façon, votre souffrance, vous la montrez à tout le monde, en faisant ce que vous faites là maintenant.

F. – Oh ! mais ce « tout le monde-là », je ne le connais pas, je ne le connaîtrai jamais, ça m'est parfaitement égal. Il me serait un peu plus difficile de montrer ma souffrance à une infirmière... (*Silence.*) Ceci d'autant plus qu'avant j'en avais plus ou moins honte. Maintenant, je m'en fiche. Après tout, c'est moi qui subis, ce ne sont pas les autres. J'en fais ce que je veux après tout...

Th. 2, *silence.* – Tout à coup, vous arborez à nouveau votre sourire de tout à l'heure... Vous m'avez dit que la petite fille était là. J'étais en train de me demander si la petite fille aurait pu montrer tout ça ou si elle était obligée de le dissimuler à qui ferait attention à elle.

F. – Oh ! après tout... Dans mes souvenirs, je pense pas qu'on ait fait tellement attention à moi, d'où certainement mes nombreuses TS.

Th. 2. – Donc, la petite fille, personne ne faisait attention à elle dans votre souvenir...

F. – Ben non, pas spécialement...

Th. 2. – Alors, qu'est-ce que ça pense une petite fille quand elle voit personne s'intéresser à elle ?

F. – Qu'elle ne vaut rien, qu'elle a aucun intérêt...

Th. 2. – Elle a pas d'intérêt. Donc, elle ne vaut rien et il vaut mieux qu'elle ne vive pas...

F. – C'est ce qui continue de se passer d'ailleurs...

Th. 2. – Hum, hum... Donc, finalement, vous ne cessez pas de tirer la sonnette d'alarme, vous ne cessez pas de faire des gestes, des attitudes comme ça, de crier au secours, et personne ne vous entend...

F. – Oh ! je pense quand même que mes parents m'ont entendue il y a longtemps... Mon fils aussi... Mais bon, ils n'imaginent pas ce qu'ils pourraient faire. Moi-même, je suis bien incapable de leur dire ce qu'ils pourraient faire pour m'aider. J'en sais rien, moi...

Th. 2. – Peut-être ce que vous disiez tout à l'heure : « Reconnaissez simplement que je suis là et que je souffre. »

F. – Mon fils, sans s'en rendre compte, le fait un peu puisqu'il me fait sentir qu'il a besoin de moi. Je ne pense pas que ce soit une démarche volontaire de sa part de se dire : « Je vais lui faire sentir que j'ai besoin d'elle pour qu'elle soit mieux. » On n'en est pas encore là. Ou alors il n'a pas envie de le faire, mais c'est vrai que ça peut marcher.

Th. 2. – En tout cas, je remarque que quand vous montrez la petite fille qui est toute seule et qui se dit ces choses horribles dans sa tête : « Finalement, j'embarrasse tout le monde puis je sers à rien, personne ne me remarque, je vauds rien », tout à coup, j'ai le sentiment de rentrer vraiment en contact avec vous, comme si vous me touchiez, comme si pour moi cette souffrance-là était encore aujourd'hui celle de la petite fille.

F. – Et je ne sais même pas si, petite fille, ça s'est passé comme ça, j'en sais rien...

Th. 2. – Dans votre souvenir en tout cas.

F. – Je n'ai pas de souvenirs précis de ma petite enfance. En tout cas, c'est ce que je vis maintenant ! Et en plus avec un statut de malade ! On est là,

contraint et forcé, on ne peut pas être ailleurs, donc je suppose que les autres subissent ma présence, contraints et forcés, eux aussi.

Th. 2. – Bien, il va falloir bientôt que nous terminions notre entretien. Je voudrais juste vous proposer quelque chose avant qu'on arrête : que vous repreniez contact avec la petite fille qui est là, et puis simplement que vous lui laissiez dire ce dont elle a besoin.

F. – Encore faudrait-il qu'elle le sache, ce qu'elle a besoin !

Th. 2. – Une chose, comme ça, dont vous imaginerez qu'elle aurait besoin.

F. – Première chose que je dirai, c'est de la tendresse, parce que j'en ai quand même toujours manqué.

Th. 2. – Et à qui demandez-vous cette tendresse ?

F. – Oh ! je crois que j'ai essayé de la demander à tout le monde depuis que je suis sur terre.

Th. 2. – Quelle personne serait la plus importante pour la petite fille ?

F. – Si c'était la petite fille qui parlait, je pense que ce serait mes parents.

Th. 2. – Vos parents...

F. – Mes parents, et indirectement ma sœur...

Th. 2. – Pas votre père ? Ou votre mère plutôt ? S'il n'y avait qu'une personne... ?

F. – Ben... ma mère, parce qu'elle est soi-disant plus démonstrative, elle s'estime plus démonstrative. Mon père, je lui demanderai pas parce qu'il est incapable de témoigner de la tendresse... (*silence*) même s'il en est plein, je pense...

Th. 2. – Donc, la tendresse, il ne sait pas la montrer ?

F. – Non. Il ne la montrera jamais, sinon par des actes concrets et matériels bien souvent...

Th. 2. – Un peu comme vous finalement... Il y a quelque chose en vous que vous ne montrez pas...

F. – Parce que ça me coûterait...

Th. 2. – Je voudrais juste en terminant que la petite fille puisse dire quelque chose à sa maman, entre autres son besoin de tendresse, que vous disiez ça à votre maman...

F. – Si on part sur ma maman, on est mal barrés...

Th. 2. – Amener plutôt que de faire partir...

F. – Non, ma mère, je ne peux plus rien lui demander...

Th. 2. – Plus rien lui demander...

F. – Je ne lui demanderai d'ailleurs jamais rien.

Th. 2. – Jamais rien...

F. – De toute façon, elle est incapable de donner.

Th. 2. – En tout cas, ça me touche, moi, cette petite fille qui peut plus rien demander à personne...

F. – Mais parce qu'elle n'est plus une petite fille. Si j'avais été petite fille avec tout ce que je sais maintenant, je crois que je n'en serais pas là. Malheureusement, on peut pas revenir sur le passé...

Th. 2. – Savez-vous que si on devait continuer à travailler ensemble, je crois que je reconnaîtrais bien en vous cette petite fille qui ne s'est pas éteinte comme ça petit à petit ? Parce qu'elle avait un tas de demandes qu'elle ne pouvait pas formuler, et finalement elle se dit : « À quoi bon ? » Elle s'est lassée, elle a piétiné, elle a dit : « Ben voilà, c'est sans doute que je vauds rien, puisqu'on m'a rien donné... » Et moi, cette petite fille, je l'ai vue en vous, et elle n'est pas si loin que ça. Elle est encore très vivante, là, en vous. C'est mon sentiment.

F. – C'est bien ce qui me désespère souvent ; peut-être est-ce mieux qu'on l'enferme à la limite...

Th. 2. – Peut-être que c'est un sacré espoir ! Peut-être que si vous l'écoutez, elle aurait des choses à vous dire cette petite fille ! Elle pourrait peut-être vivre en vous autrement maintenant. Ce serait mon espoir si je travaillais avec vous.

F. – Mais ça risque d'être très dur parce qu'elle est très, très loin...

Th. 2. – Oui, je pense que ce serait dur. C'est pour ça que vous avez du mal à la contacter.

F. – Je n'ai rêvé qu'une seule fois en petite fille.

Th. 2. – On va s'arrêter sur ce chantier qui pourrait s'ouvrir pour vous.

F. – Oui.

Th. 2. – En tout cas, je vous remercie.

F. – Mais il y a pas de quoi.

Commentaire de ce deuxième entretien

*À quel type d'orientation se rattache chaque psychothérapeute ?
Pour quelles raisons ? Relevez-en les facteurs spécifiques
et expliquez-les*

Cet entretien se situe dans l'approche de type gestalt. Le terme de gestalt provient de l'allemand « la forme ». Ses créateurs, au premier rang desquels Perls, empruntent ce terme à la théorie de la psychologie de la forme très en vogue à cette époque dans les années vingt. Cette psychologie de la forme considérait la perception visuelle comme se réalisant à partir de la forme globale des objets et non pas des détails. Ce n'est plus vrai aujourd'hui grâce aux travaux de neuro-psychophysiologie qui ont montré que l'individu perçoit à la fois la forme globale et les détails dont la synthèse est faite par les aires d'associations cérébrales. À cette époque, cette théorie a été généralisée et étendue à de nombreux autres domaines, parmi lesquels la pédagogie (avec la création de la méthode globale d'apprentissage de la lecture, objet de vives polémiques, car impliquée dans de nombreuses dyslexies, d'abord destinée aux enfants insuffisants intellectuels et élargie par égalitarisme). Perls, formé par la psychanalyse, s'en est détaché, arguant une tendance à l'intellectualisation de certains courants et créant ainsi une approche psychothérapeutique s'adressant globalement à l'ensemble de la personne dans le prolongement de la théorie de la forme. Influencé en outre par les courants

philosophiques de cette époque, phénoménologique et existentialiste, il a mis l'accent sur l'intentionnalité (Franz Brentano, 1838-1917), l'importance de la subjectivité, de l'expérience affective et de la perception de soi dans un processus [3], c'est-à-dire dans une relation à l'autre et aux objets (« je-tu »), par opposition aux théories ontologiques qui décrivent l'être uniquement dans sa relation à lui-même (Platon, puis Descartes avec son « cogito ergo sum »). Nous pouvons parfaitement retrouver ce point dans cet entretien, puisque le thérapeute insiste sur le projet de vie de cette patiente et sur sa manière de se vivre subjectivement.

Par ailleurs, également influencé par les théories de la psychologie des groupes de cette époque, Perls développe la notion de « champs relationnels ». Cette notion est directement empruntée aux théories de Kurt Lewin sur les thérapies de groupe : comme il y a un champ magnétique, il y a un champ relationnel. La gestalt se déroule dans le champ développé entre deux individus. Il faut que chacun des éléments apporte quelque chose à l'autre : il y a une influence des deux protagonistes l'un sur l'autre.

Dans la gestalt, le « tout » devient une entité spécifique qui dépasse de beaucoup la simple somme des parties. L'importance de l'implication personnelle du thérapeute par rapport au patient conditionne cette notion de champ, à la différence de la psychanalyse. Ce que nous retrouvons ici, car le thérapeute donne constamment ses propres impressions, dès le départ. Il dit qu'il est gêné par la caméra et, à plusieurs reprises, indique qu'il est touché par la souffrance de la patiente.

La psychothérapie est centrée sur l'exploration du vécu subjectif actuel et présent, *hic et nunc*, de la patiente et sur la notion d'expérience partagée, dans le prolongement des théories phénoménologiques (Husserl et Heidegger) et par analogie à ce qu'il se passe dans la *Daseinsanalyse* (Ludwig Binswanger). La gestalt-thérapie est plus une conception et une recherche sur l'être humain qu'une psychothérapie en tant que telle, d'où la notion de développement personnel. Ici, le psychothérapeute donne l'impression de vouloir passer un moment chaleureux avec la patiente, de la reconnaître dans sa souffrance plutôt que d'en rechercher la cause. Dans cet entretien, le psychothérapeute ne cherche pas tellement à soigner la patiente. Il cherche plutôt à vivre avec elle une expérience partagée, dans laquelle il s'implique beaucoup.

Dans cette conception gestaltiste, sous l'influence du psychanalyste dissident Wilhelm Reich, le rapport au corps prend une grande importance, pouvant aller jusqu'à la pratique de massages thérapeutiques ou de contacts physiques, ce qui suscite encore une fois la polémique. Dans cet entretien, le thérapeute accorde beaucoup d'importance aux sensations physiques de la patiente, l'aidant à les formuler, à les personnifier par la métaphore du crabe. Cette utilisation de la métaphore amène le thérapeute à inviter la patiente à s'exprimer directement aux médecins en s'adressant à la caméra. Cette technique serait idéale avec des patients à la verbalisation difficile, alexithymiques [6] ou psychosomatiques. Attention néanmoins : souvent, les patients pourraient penser qu'on se moque d'eux, et cela irait à

l'encontre de ce que l'on cherche, c'est-à-dire créer un champ où s'exprime le fantasme : il convient de créer une atmosphère chaleureuse et de collaboration.

Par ailleurs, cette pratique insiste sur l'image de l'enfant intérieur, plus développée encore en analyse transactionnelle [2], pour permettre à la patiente, ici, de verbaliser ses souvenirs d'enfance, de faire parler cette enfant. La métaphore et la verbalisation par la petite fille s'inspirent de la technique dite de la chaise vide empruntée au psychodrame et au jeu de rôle par Moreno : la technique est de proposer au patient de s'adresser directement à l'un des membres de sa famille supposé être assis de manière imaginaire sur la chaise vide en séance, manière de permettre l'expression des émotions agressives en particulier.

En résumé des principaux facteurs spécifiques :

- le thérapeute s'implique personnellement dans le champ relationnel ;
- valorisation de l'expérience présente jusqu'à la mise en acte ;
- importance donnée au corps ;
- métaphorisation des sensations (crabe) ;
- technique de la chaise vide (petite fille).

Que repérez-vous du style et de l'attitude du thérapeute dans cet entretien ? Quel impact celui-ci a-t-il sur la patiente ?

Le contexte semble toutefois un peu différent des séances habituelles puisqu'il s'agit d'entretiens filmés à visée pédagogique. Pourtant, dans cet entretien, le thérapeute aurait investigué le contexte de vie de la patiente, ce qu'il n'a pas fait ici. La gestalt, bien que possible en entretien individuel, se pratique plus souvent en groupe. S'inspirant des psychothérapies de groupe, la gestalt n'est pas une psychothérapie de groupe, car le thérapeute ne travaille pas sur le groupe en tant qu'entité spécifique, mais est une psychothérapie en groupe où le rôle du groupe est réduit à celui de contenant humain de l'expérience personnelle de chacun de ses membres.

La gestalt-thérapie est souvent critiquée pour son manque de cohérence théorique et l'impression qu'elle donne d'être un amas d'instruments techniques d'origines différentes, en un éclectisme désordonné. Dans cet entretien, le thérapeute tente d'utiliser diverses techniques sans qu'en ressorte clairement l'objectif, laissant complètement la séméiologie, l'anamnèse et la pathologie de côté. La patiente met régulièrement en échec ces différentes techniques de par son trouble de la personnalité, mais aussi de par ce manque de consistance théorique. Il convient de ne pas perdre de vue que certaines résistances opposées par le patient pourraient provenir de l'approche technique.

Toutefois, le thérapeute permet l'expression de ce qu'on nomme en gestalt « une situation inachevée » ou « gestalt inachevée » à travers l'expression donnée à cette petite fille, révélant le vécu abandonnique de la patiente. Pour le thérapeute, dès le départ, la tentative de suicide de la patiente est une demande d'amour, d'intérêt. Il ne valide pas son hypothèse avant, mais la tient sur tout l'entretien. Il verbalise clairement qu'il reconnaît la

souffrance de cette dernière tout en sachant qu'il ne pourra pas donner suite à cet entretien unique et tente de clore la rencontre laborieusement alors que la patiente cherche à la prolonger. Elle exprime ainsi, comme nous l'avons vu dans le cas de Mme Dupond, son vécu d'abandon, et il conviendrait que le thérapeute propose une suite plutôt que d'user du conditionnel de « si je devais travailler avec vous... » qui renforce ce vécu d'abandon.

Retrouvez dans l'entretien un ou plusieurs des facteurs communs aux psychothérapies à l'aide de la liste ci-jointe et précisez en quoi ils sont présents. Que pensez-vous de l'absence de certains de ces facteurs dans ces entretiens (tableau 7.3) ?

Tableau 7.3
Facteurs communs en gestalt

Facteurs	Présent/absent dans l'entretien	Commentaires
Relation thérapeutique (empathie, alliance...)	Omniprésente, chaleureuse et anaclitique	Allant jusqu'à la compassion et au partage des émotions du thérapeute
Renforcement de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle	Partiellement	Le renforcement de l'estime de soi est indirect à cause des reformulations et d'un soutien du discours. Le sentiment d'efficacité personnelle est inféré
Développement d'expériences génératrices d' <i>insight</i> et de changement de perceptions	Présent	– Par la métaphore du crabe – Projection à l'extérieur d'elle-même
Régulation du niveau d'activation émotionnelle	Absente	Maximisation de l'émotion en insistant plutôt sur la souffrance
Induction d'attentes positives et stimulation de la motivation	Présente, mais suscitant des angoisses d'abandon	Exprimée au conditionnel par le thérapeute
Production de nouveaux comportements	Modérément	Encourage la verbalisation, mais guère plus

La gestalt n'a pas pour but d'ouvrir vers l'avenir et de favoriser de nouveaux comportements puisqu'elle se situe dans l'ici et le maintenant, sauf à considérer la technique de la redécision et du reparentage. De fait, elle encourage l'expression émotionnelle jusqu'à l'amplifier, la maximiser, en escomptant que la régulation sera obtenue au décours de cette décharge émotionnelle à l'instar de la catharsis du théâtre grec ancien et des débuts de la psychanalyse. En outre, au sein d'un groupe, absent ici, cette émotion serait modulée par les participants.

Un troisième entretien avec Fanny

Th. 3. – Vous êtes actuellement en soins dans cet hôpital ?

F. – Oui, je passe une semaine ici toutes les quatre semaines.

Th. 3. – Et quand avez-vous commencé vos soins ?

F. – Quand est-ce qu'ils ont commencé ? Ici, y a neuf ans...

Th. 3. – Et avant, vous étiez soignée ailleurs ?

F. – Oui, un peu partout, un peu par tout le monde.

Th. 3. – Cela fait longtemps que vous souffrez ?

F. – Oui. Depuis que j'ai vingt ans. Donc, ça fait vingt-huit ans que ça dure avec des hauts et des bas...

Th. 3. – Et y a-t-il eu un événement spécial quand vous avez eu l'âge de vingt ans qui...

F. – À ma connaissance, non...

Th. 3. – Avez-vous commencé à vous rendre compte que vous aviez des problèmes psychologiques et que vous étiez malade dès l'âge de vingt ans... ?

F. – Oui...

Th. 3. – Et comment vous en êtes-vous rendu compte ? Qu'est-ce qui vous a amenée à ce constat ?

F. – À l'époque, j'avais commencé une formation d'infirmière, métier que je voulais exercer à tout prix : la première année s'est faite normalement et, à la deuxième, ça a commencé à aller mal...

Th. 3. – C'est-à-dire...

F. – J'ai eu des ennuis gynécologiques : on m'a enlevé une trompe et un ovaire. J'ai arrêté la deuxième année, j'ai repris l'année d'après. J'ai refait une péritonite qu'on a dite tuberculeuse ; alors on m'a dit que ma place n'était pas là, gentiment d'ailleurs...

Th. 3. – C'est un euphémisme ?

F. – Ce n'était pas gentil du tout parce que quand vous êtes convoquée dans le bureau de la directrice et qu'on vous dit : « Madame, quand on est tuberculeuse, on ne soigne pas les malades, on se fait soigner... »

Th. 3. – Et comment le savait-elle, la directrice ?

F. – Ben étant donné que j'étais à l'école d'infirmière quand ça s'est passé, ce sont des médecins des services où on allait en stage qui m'ont suivie et qui ont dû le lui dire... Donc, elle le savait et puis euh...

Th. 3. – Et vous trouvez normal qu'elle l'ait su ?

F. – Maintenant, avec le recul, je vous dirais que non, mais, à l'époque, il ne m'a pas effleurée qu'elle n'aurait pas dû le savoir. Mais bon, en fait...

Th. 3. – Alors, vous êtes-vous sentie honteuse à l'époque ?

F. – Pas honteuse. Déçue, parce que je ne pouvais pas faire ce que je voulais et puis je n'avais rien envisagé d'autre ; c'était la seule voie que je voyais possible, donc pour moi ça a été...

Th. 3. – Comme vous dire : « Quand on est tuberculeuse, on ne soigne pas les autres », c'était comme si elle cherchait à susciter de la honte, non ?

F. – Je ne l'ai pas ressenti ainsi. Je lui en ai voulu davantage après, parce que j'ai été opérée de nombreuses fois, et même si chaque chirurgien me l'a dit, il n'y a jamais eu de preuve certaine que cette péritonite abdominale fut tuberculeuse. Je n'ai jamais eu de séquelles, donc ce n'était certainement pas tuberculeux.

Th. 3. – Ce n'était certainement pas tuberculeux... ?

F. – Je me suis quand même soignée pendant un an avec des antibiotiques donnant des allergies, et tout cela pour rien quoi...

Th. 3. – Pour rien ?

F. – Ben pour rien parce que ce n'était pas tuberculeux. En fait, j'aurais très bien pu continuer ma formation. Mais ce que je ne m'explique pas, c'est que j'ai commencé à déprimer à ce moment-là. Donc, en fait, on s'est posé la question classique : est-ce que c'est le physique qui agit sur le moral ou le moral qui agit sur le physique ? Et la réponse, je ne l'ai pas, enfin...

Th. 3. – N'avez-vous plus été en bonne santé dès ce moment-là ?

F. – Ben non, après j'ai eu des tas d'ennuis physiques, j'ai dû avoir une quinzaine d'opérations de toutes sortes...

Th. 3. – Une quinzaine d'opérations ?

F. – Oh oui ! Et pire, la tête avec dépressions sur dépressions quoi ! Je me soignais à l'époque avec six mois de traitement de cheval.

Th. 3. – Quel était ce traitement de cheval ?

F. – Ben des doses pas possibles de Tranxène®, de Laroxyl®, tout ce qu'on peut imaginer, parce que je crois que je les ai tous essayés les uns après les autres.

Th. 3. – Et qui vous prescrivait ces traitements ?

F. – Le psychiatre ou le médecin généraliste. Et puis j'ai fait quantité de TS...

Th. 3. – Plusieurs tentatives de suicide ?

F. – Oui...

Th. 3. – Pourriez-vous m'expliquer un peu comment vous en arriviez à vouloir vous suicider ?

F. – Je ne vais pas changer d'avis, hein ? C'est un... je ne dirais pas un dégoût de la vie, mais un découragement en tout cas. Et puis plus les années passent, moins j'en vois d'issue possible. D'un autre côté, je regrette aussi de pas m'être soignée sérieusement avant parce que je pense qu'à vingt-cinq ans, en se secouant, on a encore de l'espoir, alors qu'à cinquante ans, il y en a beaucoup moins...

Th. 3. – Vous avez cette idée maintenant parce que vous êtes encore très dépressive, non ?

F. – Ben... j'appelle plus ça de la dépression, hein ?...

Th. 3. – Pour vous, c'est une sorte de résignation lucide ?

F. – Oui, c'est un ras-le-bol. Je baisse les bras et je ne vois pas lucidement à cinquante ans, dans l'état physique où je suis, avec en plus le gros handicap de ma voix qui se rajoute, ce que je peux espérer professionnellement. Pfff... c'est dur à croire...

Th. 3. – Exercez-vous un métier ?

F. – J'étais aide-soignante ces quatre dernières années, mais quand j'étais mariée, je tenais une agence immobilière avec mon mari. En fait, j'ai fait plus d'immobilier que de médical. Mais l'immobilier, bon... avec la voix que j'ai maintenant, ce n'est plus la peine d'y penser...

Th. 3. – D'où vient ce problème de voix ?

F. – Il provient des suites d'une réanimation un peu trop musclée...

Th. 3. – Vous a-t-on blessé une corde vocale ?

F. – On me l'avait abîmée et après on a été obligé de m'opérer à deux reprises. Et maintenant, je parlerai toujours comme ça. Donc, je peux pas espérer grand-chose de ce côté-là, sentimentalement...

Th. 3. – Vous avez l'impression que cette atteinte de votre voix vous empêche complètement d'exercer un métier dans la vente, alors que vous avez exercé pendant tout un temps.

F. – Dans la vente, ça, c'est certain, parce que j'ai essayé de reprendre les affaires... Dans d'autres métiers, comme aide-soignante, en particulier en maison de retraite, ce n'est pas toujours évident. Ça va dès lors qu'on est en équipe.

Th. 3. – Oui, si des personnes n'entendaient pas, vos collègues prenaient le relais en servant de porte-voix.

F. – Eh oui ! Mais bon, je ne vois pas très bien quelles sont mes possibilités de travail maintenant, en cherchant bien... mais il faut être motivé.

Th. 3. – Il faut être motivé... Vous dites-vous que vous n'auriez plus de motivation actuellement ?

F. – Non, non, j'en ai pas. La seule motivation qui me fait encore réagir, et encore pas tout le temps, c'est de penser à mon fils.

Th. 3. – Vous avez un fils ?

F. – J'ai un fils qui a vingt-quatre ans et je ne suis pas convaincue qu'il ait spécialement besoin de moi...

Th. 3. – Pendant vingt ans, vous ne vous seriez pas suicidée pour vous consacrer à lui ?

F. – Non, mais j'y réfléchirais à deux fois maintenant, et encore c'est récent parce que jusqu'à présent, je ne me suis jamais posé de questions avant de le faire. Je n'ai pas pensé à lui. Enfin si. J'ai pensé à lui, mais je n'ai pas l'impression qu'il perdrait grand-chose. De toute façon, il s'est passé de moi pendant tout le temps où je ne m'en occupais pas.

Th. 3. – D'après ce que vous dites, vous ne vous en occupiez pas parce que vous étiez trop malade ?

F. – Ben... je n'étais pas bien. Je lui ai donné le choix entre son père et moi quand on a divorcé, et il a choisi la facilité : rester avec son père. Ce que je comprends très bien, je lui en veux pas pour ça.

Th. 3. – Quel âge avait-il quand vous avez divorcé ?

F. – Douze ans.

Th. 3. – Combien de temps êtes-vous restée mariée ?

F. – Mariée... pas très longtemps, mais mettons dans les quinze ans...

Th. 3. – Qu'est-ce qui a fait que cette union ait été un échec de votre point de vue ?

F. – Je sais pas trop... J'y ai trouvé des tas de raisons, mais certainement pour me déculpabiliser. La raison la plus sérieuse, je pense que c'est parce que mon mari n'était absolument pas démonstratif, absolument pas affectueux, et parce que j'en ai besoin.

Th. 3. – Éprouvez-vous toujours le besoin qu'on vous témoigne de l'affection dans votre vie ?

F. – Je le pense, oui.

Th. 3. – Plus jeune, quand vous étiez enfant, dans votre famille, y avait-il une ambiance chaleureuse ou affectueuse ?

F. – Je ne le crois pas.

Th. 3. – Pourriez-vous m'en parler un peu plus ?

F. – Je ne peux pas l'affirmer parce que j'en sais rien. Peut-être est-ce moi qui l'ai perçu comme ça. Mais je pense quand même aux dires de mes sœurs qu'effectivement on n'était pas du tout affectueux dans la famille...

Th. 3. – Combien avez-vous de sœurs ?

F. – Deux.

Th. 3. – Il y avait donc trois enfants, et pas de frère ?

F. – Non, non. C'est moi le garçon de la famille.

Th. 3. – Ah bon ? Pourquoi dites-vous ça ?

F. – Parce que je suis la troisième et qu'on attendait un garçon.

Th. 3. – Auriez-vous suscité la déception de vos parents alors ?

F. – Oh ben ça, c'est clair, oui !

Th. 3. – Ce doit être lourd à porter ça...

F. – Bah... J'ai joué le jeu pendant quatorze ans, j'ai fait le garçon manqué pendant quatorze ans, ça compense...

Th. 3. – Vous sentiez-vous le devoir de compenser la déception de vos parents ?

F. – Ben... Je sais pas. À l'époque, certainement pas. Maintenant, quand j'y réfléchis, peut-être... J'avais l'impression que ce serait mieux ainsi...

Th. 3. – Auriez-vous été plus aimée si vous aviez été un garçon ?

F. – C'est certainement ce que j'ai pensé inconsciemment. Je me le dis maintenant parce qu'il y a quand même un moment que je travaille sur moi et que j'essaie de comprendre.

Th. 3. – Bien sûr...

F. – Dix ans en arrière, je ne vous l'aurais pas dit, c'est clair ! Bien que mes parents disent toujours que ce n'est pas vrai, parce qu'ils n'aiment pas qu'on en parle !

Th. 3. – Oui... Comment se traduisait cette différence qu'ils faisaient entre vous et vos sœurs ?

F. – De moi-même, je ne saurais pas vous dire...

Th. 3. – Le perceviez-vous ?

F. – Je vous rapporterai ce qu'en disent mes sœurs : j'étais la plus gâtée. Moi, je n'en suis pas convaincue du tout. Je pense que j'ai eu plus de facilités que mes sœurs, parce nous avons des années d'écart et puis que les moyens de mes parents n'étaient peut-être pas les mêmes... Donc, là où ma première sœur avait eu une mobylette, moi, j'ai eu une voiture, la progression allait dans ce sens-là. Donc que j'ai été la plus gâtée, l'objet de plus d'attentions après vingt ans, oui, quand j'ai commencé à être malade. Mais il ne me semble pas qu'il y ait eu une différence avant.

Th. 3. – Donc, tout à l'heure, vous me parliez de vous, en me disant que vous aviez peut-être une certaine dépendance vis-à-vis de votre entourage, dont vous attendez qu'il vous manifeste des signes d'affection de manière bien évidente.

F. – Oui, mais sûrement parce que ce sont les seules personnes dont je peux l'exiger.

Th. 3. – C'est vous qui parlez d'exigence. Moi, je parlais de dépendance.

F. – Oui.

Th. 3. – Qu'en pensez-vous ?

F. – Ah ça, pour être dépendante, je suis dépendante, oui ! Dans tous les sens du terme d'ailleurs !

Th. 3. – On pourrait se demander comment a commencé cette question de la dépendance affective dans votre enfance. Qu'est-ce qui faisait que vous étiez ainsi assoiffée de marques d'attention, de tendresse, d'affection, d'amour ?

F. – Je sais pas, hormis le fait que je n'ai jamais été bien dans ma peau, ça, c'est sûr.

Th. 3. – Même enfant ou adolescente ?

F. – Adolescente, c'est certain ; enfant, je pense pas. Le peu de souvenirs que j'en ai, ce serait plutôt d'avoir éprouvé des complexes...

Th. 3. – Pourriez-vous préciser un peu ? C'est-à-dire...

F. – Je me trouvais trop grosse, avec un trop gros nez, je reprochais à mes parents de pas avoir accepté de me payer une opération. Je n'étais pas bien...

Th. 3. – « Pas bien », c'est-à-dire « pas à la hauteur de ce que vous auriez aimé être » ?...

F. – Certainement oui... Et ça continue. Je peux vous citer un exemple tout frais. J'ai parlé tout à l'heure avec le Dr Chandelier un petit moment. Il me dit, en parlant de l'entretien : « N'essayez pas de paraître intelligente... »

Th. 3. – Donc, ça, ça veut dire... Comment le comprenez-vous ?

F. – Ben oui, c'est ça, c'est ce que je voulais vous dire. Depuis qu'il m'a dit ça tout à l'heure, je n'ai que ça dans la tête et je me suis dit : ça veut dire quoi ça ? Qu'il ne faut pas que j'essaie d'avoir l'air intelligente parce que c'est totalement vain... ?

Th. 3. – Oui, voilà, on peut se demander, oui... Vous le ressentez comme ça ou...

F. – Je me pose la question depuis un moment, donc c'est que je l'ai pris comme ça au premier abord, oui, certainement. Mais bon...

Th. 3. – Vous avez le sentiment que le Dr Chandeleur vous aime bien ?...

F. – J'allais vous dire : venant du Dr Chandeleur, c'est peut-être moins vexant...

Th. 3. – Parce que ?

F. – Parce qu'il a une facilité à faire des réflexions comme ça, qu'on prend au premier degré et qui ne sont pas forcément envoyées dans ce but, ou alors qu'il nous envoie consciemment, comme ça, pour qu'on réagisse...

Th. 3. – Mais ce n'était pas tout à fait ma question : pensez-vous que vous êtes sympathique au Dr Chandeleur ?

F. – Je ne me suis jamais posé la question...

Th. 3. – Non ? Vous ne vous êtes jamais posé la question de savoir ce qu'il penserait de vous ?

F. – Non. Si, peut-être pendant l'été, parce qu'il y a eu de petits incidents d'horaires, de consultations non respectées, de rendez-vous...

Th. 3. – Qu'en avez-vous pensé à ce moment-là ?

F. – Ben... là, j'ai pensé qu'il se fichait vraiment de moi et puis je lui ai demandé s'il voulait vraiment continuer à me soigner ou s'il en avait ras-le-bol, ce que je pouvais très bien comprendre parce que je n'ai rien de passionnant...

Th. 3. – Craigniez-vous de l'ennuyer ?

F. – Oh oui, ça, c'est certain, oui...

Th. 3. – Êtes-vous arrivée à lui parler de cette crainte ?

F. – Ben je la lui ai dite à cette occasion-là puisque...

Th. 3. – Ça a dû être difficile à dire pour vous à ce moment-là...

F. – Non, parce que j'étais tellement énervée de son manque de ponctualité que c'est sorti comme ça...

Th. 3. – Cela a dû être un moment désagréable à vivre en tout cas.

F. – Ce n'était pas marrant, oui...

Th. 3. – Pourrions-nous dire que cette difficulté qui s'est produite entre vous et le Dr Chandeleur ressemblait à un autre incident que vous auriez déjà vécu dans votre vie, par exemple comme le fait d'avoir reproché à quelqu'un de s'être mal comporté avec vous, de ne pas vous avoir accordé assez de considération ?

F. – Oh ! je l'ai rarement reproché, je crois...

Th. 3. – Il est rare que vous ayez osé le dire... ?

F. – Oui...

Th. 3. – C'est par contre fréquent que vous l'ayez ressenti... ?

F. – C'était fréquent. Cela l'a été vraiment il y a deux ans puisque je me suis coupée un peu de tout le monde. Je me suis aperçue que les gens que je croyais être mes amis, que je croyais très proches, eh bien quand je n'ai plus eu d'intérêt pour eux, parce que je n'étais pas bien, parce que je n'avais plus envie de faire comme eux, parce que je n'étais plus drôle ou que j'avais des faiblesses,

comme celle d'avoir des difficultés avec l'alcool par exemple, et qu'en plus je n'avais plus d'argent, que... eh bien... les amis, on les compte après... et ça va faire deux ans que j'ai complètement disparu des circuits de l'endroit où j'habite ; il n'y a pas eu cinquante coups de téléphone pour savoir ce que j'étais devenue... Alors, je suppose qu'ils se rassurent en se disant : « On n'a pas vu d'avis de décès, donc c'est qu'elle est toujours vivante... » Par contre, si je me fichais en l'air, tous ces gens-là viendraient bien pleurer près de mes parents en disant : « Les pauvres, si on avait su... gna, gna, gna... » Ça, je l'imagine très bien. Je ne leur donnerai même pas ce plaisir...

Th. 3. – Leur avez-vous dit que vous étiez déçue de leur attitude, à l'une ou l'autre de ces personnes... ?

F. – Non, non, ça n'en vaut pas la peine...

Th. 3. – Vous n'avez osé le dire qu'au Dr Chandelier finalement...

F. – Oui, et encore ! C'est parce que ça ne me touchait pas directement, mais ça mettait en cause mon père. Je crois que c'est ça qui m'a fait réagir...

Th. 3. – Sinon, si cela n'avait touché que vous, l'auriez-vous osé... ?

F. – Non...

Th. 3. – On peut tout de même penser que globalement, dans votre vie, vous avez eu du mal à défendre vos intérêts, à mettre votre intelligence et votre énergie à votre propre service.

F. – Non, je n'ai pas réagi parce que cela me concernait, mais parce que c'était mon père qui était visé, parce que le pauvre...

Th. 3. – Oui, c'est un petit peu ce que vous m'avez glissé comme cela, hein ? Mine de rien, en me disant que finalement vous avez, en vous, une très grande destructivité. Vous vous êtes mise à l'écart de beaucoup de gens, vous le dites bien, avec vos difficultés psychologiques, vos problèmes de santé, notamment à cause de l'alcool, des tentatives de suicide. Il y a en vous beaucoup de violence contre vous-même...

F. – Parce que les choses qui ne servent à rien, on s'en débarrasse, hein... ?

Th. 3. – Les choses ? Vous parlez de vous comme d'une chose ?

F. – Bah... c'est le même processus, hein... ?

Th. 3. – Comment pouvez-vous parler de vous en disant que vous êtes une chose qui ne sert à rien !

F. – Parce que je suis une chose qu'on force à vivre et qu'on nourrit, qu'on protège, on ne sait pas pourquoi...

Th. 3. – Mais les choses, elles n'ont pas de sentiments, elles n'ont pas de désir !... Vous seriez une femme sans sentiments, sans désir... ?

F. – Les sentiments, j'ai fait une croix dessus. Des désirs... (*silence*)... je ne veux pas vivre à moitié, donc il faudrait que tout aille bien, que du jour au lendemain tout s'arrange et puis que ma vie soit normale, alors ça me semble assez difficile...

Th. 3. – Pourquoi du jour au lendemain ?

F. – Oh ben... parce que ça a que trop duré et puis que plus les années passent, moins l'utilité de faire quelque chose m'apparaît. Si c'est pour rester en maison de retraite, on s'en passera...

Th. 3. – Vivre complètement plutôt qu'à moitié, hein ? C'est quoi pour vous ? Comment l'imaginez-vous ?

F. – C'est vivre normalement, c'est se comporter normalement, c'est pouvoir travailler normalement, pouvoir fréquenter des gens sans se poser des questions sans arrêt. Vivre quoi... Ne pas se contenter de respirer. Se lever le matin, est-ce que c'est la mort ? Le seul moment où je peux dire que j'étais bien en faisant abstraction de tout le reste, c'est la dernière année où j'ai travaillé : je me contentais de travailler, puis de rentrer chez moi et je ne ressortais pas, je ne voyais personne. J'étais bien au boulot. Pourquoi ? Parce que je m'occupais des mamies, et puis j'avais l'impression d'arriver à faire quelque chose...

Th. 3. – Elles devaient vous témoigner une certaine affection...

F. – Bien sûr...

Th. 3. – C'est important, ça, pour vous...

F. – Je crois que c'est primordial, oui...

Th. 3. – Il y a eu d'autres moments dans votre vie où vous aviez le sentiment que ça n'allait pas si mal ? Quand vous avez eu votre fils ou quand vous étiez dans les affaires immobilières ? Y en a-t-il eu d'autres où cela allait bien ?

F. – Euh... bien... euh... En tout cas, en apparence, oui. J'avais un confort matériel certain ; il m'était donc facile de mener une vie agréable dirions-nous...

Th. 3. – Vous sentiez-vous heureuse... ?

F. – Je ne le crois pas. Non, c'est justement là où j'ai été piégée, puisque j'ai divorcé, en fait, en pensant retrouver beaucoup mieux. Donc, non seulement j'ai perdu le confort matériel, mais en plus je n'ai pas du tout retrouvé autre chose sentimentalement, si ce n'est une autre mauvaise expérience, à tel point que, parfois, j'arrive à me dire que j'aurais mieux fait de rester avec mon mari et de vivre artificiellement, tout au moins pour les bienfaits que l'argent peut donner...

Th. 3. – Artificiellement, c'est-à-dire comme s'il y avait dans votre vie un manque d'authenticité, de sincérité... ?

F. – Ben parce que l'argent permet de se poser moins de questions, d'avoir toutes sortes d'activités. On n'a pas le temps de penser de toute façon, on est bien trop occupé...

Th. 3. – Oui, mais quand vous dites : « La vie est un artifice », c'est en opposition avec ce que serait la vraie vie, non ?

F. – Mais parce que je suis convaincue que l'argent, ce n'est pas le bonheur et que même sans argent...

Th. 3. – Qu'est-ce que serait la vraie vie pour vous ?

F. – Ben d'être avec des gens vrais, sincères, attentionnés, pour qui on représente quelque chose...

Th. 3. – Pensez-vous que votre sincérité à vous, votre vérité à vous dépendent de la vérité de votre entourage ?

F. – Ben oui, parce que je suis trop bonne. Donc, si je me retrouve avec des gens qui sont profiteurs ou parfaitement égoïstes, c'est moi qui me ronge les nerfs...

Th. 3. – Vous avez l'impression que, dans votre vie, vous avez finalement été utilisée par toutes sortes de gens...

F. – Oui...

Th. 3. – Qui ont profité de vous et...

F. – Certains, oui... (*silence*)... matériellement et sentimentalement.

Th. 3. – Que connaissez-vous de l'enfance de vos parents... ?

F. – Pas grand-chose... Pas grand-chose, si ce n'est que ma mère a perdu sa mère quand elle avait sept ans...

Th. 3. – Dans quelles circonstances... ?

F. – Eh ben, ça fait partie des secrets de famille. Apparemment de ce que j'ai appris il n'y a pas très longtemps, ce n'était certainement pas d'une mort naturelle, d'après ma mère...

Th. 3. – Était-ce pendant la guerre... ?

F. – Non, non, après...

Th. 3. – Après ? Mais si vous avez quarante-huit ans, quel âge a votre mère ?

F. – Elle est de 1918...

Th. 3. – D'accord. Donc, c'était après la première guerre...

F. – Mon père, ben... Je ne sais pas grand-chose si ce n'est que j'ai pu comprendre qu'il avait été plus élevé par sa tante que par sa mère...

Th. 3. – C'est-à-dire ?

F. – Ben... Quand il raconte ses souvenirs d'enfance, en tout cas à partir du moment où il était étudiant, j'ai l'impression que c'est ma tante qui l'a pris en charge, ce que je peux comprendre parce qu'elle avait de l'argent et n'avait pas d'enfant. Ma grand-mère paternelle n'avait pas d'argent, elle. Je peux donc supposer que la raison de cette situation était d'ordre matériel. Sinon, d'un autre côté, ma mère vous dira qu'elle n'est pas tendre parce que de la tendresse, elle n'en a pas eu quand elle était petite. Mais qui croire des deux ?

Th. 3. – Vous auriez été victime, dans ce que vous dites là, finalement, d'une carence affective transmise à travers plusieurs générations.

F. – Je ne sais pas. Je ne peux pas l'affirmer, hein ? Je sais tellement peu de chose que...

Th. 3. – Pourtant, vous le suggérez, là...

F. – C'est-à-dire que je cherche toujours une excuse à mes parents...

Th. 3. – S'agit-il de chercher une excuse ou de chercher à comprendre... ?

F. – Je voudrais bien comprendre, mais quand personne ne parle, c'est assez difficile de remonter plus loin...

Th. 3. – Est-ce que vous savez ce que vos parents ont vécu pendant la dernière guerre... ?

F. – Pas spécialement, non. Ma mère avait l'air de dire que c'était très, très dur. Mon père, ben... nous répond : « Tu parles avec ton père qui était secrétaire de mairie ; tous les gens de la commune lui amenaient à boire et à manger. » Alors, je ne sais pas la vérité, si c'est mon père qui dit vrai ou si c'est elle...

Th. 3. – Ça, c'est ce qui concerne votre mère...

F. – Oui...

Th. 3. – Et en ce qui concerne votre père ?

F. – Non, je ne sais pas grand-chose. Rien d'ailleurs. De toute façon, je ne vois pas comment on pourrait avoir des informations sur le passé alors qu'on ne parle même pas du présent entre nous...

Th. 3. – En quelque sorte, vous vous demandez quand même pourquoi vos parents ont eu cette froideur avec vous, d'après ce que je pourrais comprendre, quand vous étiez enfant ou adolescente. Ils se seraient mis à s'occuper beaucoup plus de vous depuis que vous êtes malade. Comme si en quelque sorte, pour être aimé, il faudrait être malade...

F. – C'est ce que je pense maintenant, effectivement. J'en arrive même à me demander : j'ai lu qu'on pouvait arriver quelquefois à se provoquer des maladies, inconsciemment. Je me demande parfois si ce n'est pas mon cas...

Th. 3. – Pour être aimée...

F. – Je peux le supposer...

Th. 3 : Avez-vous eu des maladies décrites comme des maladies psychosomatiques ?

F. – Oui, bien sûr. Ça continue d'ailleurs...

Th. 3. – Donc, votre maladie serait une manière de demander de l'affection, une sorte de drapeau blanc quoi, un « au secours ! »...

F. – On peut le supposer...

Th. 3. – On ne tire pas sur une ambulance... !

F. – Ce à quoi ma mère vous répondra : « Si tu n'avais pas fait tant de bêtises, tu n'en serais pas là... »

Th. 3. – Qu'éprouvez-vous quand elle vous dit cela ?

F. – Ça m'énerve ! Ça m'énerve parce qu'elle n'a jamais rien eu, mais alors ce qui s'appelle rien. Elle a quatre-vingts ans, elle est plus en forme que moi et elle se permet de juger, de parler d'une situation qu'elle ne connaît pas ! Cela me hérisse !... Si on l'écoute parler, tout ce que j'ai eu, c'est elle que ça a rendue malade, c'est elle que ça a fait vieillir, c'est elle que ça a perturbée, pas moi. Moi, ça ne m'a rien fait. Ça, j'ai de la difficulté à l'entendre parce que je ne décidais quand même pas le lundi matin de passer sur le billard le samedi, hein ?

Th. 3. – Est-ce que certains médecins vous ont paru manquer de compréhension ?

F. – Il y en a eu un ou deux, oui...

Th. 3. – Ah bon ? Seulement un ou deux... ?

F. – Ben les autres... Je n'ai pas cherché plus loin : je m'en allais quand ça n'allait pas. On a essayé. Il y en a un qui a dit un jour à mon mari « Oh ben, de toute façon, votre femme, elle « yoyotte » de la cafetière ; on ne peut rien y faire. » Ça, ça m'est resté parce que je l'ai entendu quand il le lui a dit, donc euh... (*silence*). Sinon, la seule fois où j'ai suivi une psychothérapie, ça a été avant mon divorce en fait. J'étais persuadée qu'on allait arrêter avec

cette dame parce que peut-être qu'on était devenues un peu trop proches. On arrivait à passer des consultations entières à parler plus de cinéma et de la vie de tous les jours que de mes problèmes. D'après mon père, c'est elle qui lui aurait dit qu'elle avait fait tout ce qu'elle pouvait et qu'elle ne pouvait plus rien pour moi. Je ne sais pas... Je ne me souviens plus de cela. Mais c'est la seule fois où j'ai essayé de faire une thérapie...

Th. 3. – Quel sentiment aviez-vous par rapport à votre thérapeute à ce moment-là ?

F. – Je l'appréciais bien. Maintenant, je la vois peut-être un peu différemment parce que je reparlais de cette période-là avec ma sœur. Elle m'a dit que si elle n'était pas pour 80 % dans mon divorce, elle n'y était pas du tout. Elle a vraiment l'impression que c'est elle qui m'a poussée à divorcer.

Th. 3. – Vous avez l'impression qu'elle vous a manipulée dans ce sens ?...

F. – Ben peut-être, dans le sens où elle ne m'a jamais fait réfléchir autrement qu'en me disant : « Puisque vous êtes mal, il vous faut partir... Il ne faut pas insister... » Alors, je pense qu'à l'époque, étant donné que je n'étais pas plus motivée que cela pour divorcer, il aurait suffi qu'on me fasse voir les bons côtés...

Th. 3. – Vous avez toujours l'impression que l'on peut parler de vous comme d'une personne influençable ou très sensible aux influences de l'extérieur...

F. – Mais c'est bien pour cela que je me suis coupée de tout le monde : c'est pour ne pas être influencée...

Th. 3. – Alors, où est-ce que tout cela vous amène ?

F. – Pff... à garder l'espoir et le moral.

Th. 3. – Plus qu'avant ?

F., *silence*. – Non, je dirais même moins qu'avant...

Th. 3. – Y a-t-il d'autres choses dont vous voudriez me parler ?

F. – Pas spécialement, mais bon...

Th. 3. – Quel sentiment avez-vous de l'entretien que nous avons eu aujourd'hui ?

F. – Ça brasse bien...

Th. 3. – Bien ?

F., *silence*. – Ça me fait penser aux entretiens avec l'interne, j'ai oublié son nom...

Th. 3. – Oui... Mais est-ce que ça vous a fait penser à quelque chose de votre vie, quelque chose à quoi vous n'auriez pas pensé et qui...

F. – Non...

Th. 3. – Non, une chose que vous avez déjà dite, tout ça... ?

F. – Depuis le temps que je rabâche, euh...

Th. 3. – Avez-vous le sentiment d'avoir rabâché aujourd'hui... ?

F. – Pas d'avoir rabâché, parce que c'est la première fois que vous m'entendez, mais ça serait la troisième, je vous dirais oui. De toute façon, en général, j'ai l'impression que, même quand j'arrive en entretien, en voulant dire

que je vais bien et en donnant le change, je n'y arrive pas. Donc, j'en ai un peu assez de ne pas pouvoir répondre que je vais bien quand on me demande comment je vais, et je pense que c'est lassant de dire : « Eh bien, non, je ne vais pas bien », d'autant plus que je suis incapable de dire ce qui me rendrait bien...

Th. 3. – Nous allons nous arrêter là pour aujourd'hui si vous le voulez bien.

F. – Au revoir.

Commentaire du troisième entretien

À quel type d'orientation se rattache chaque psychothérapeute ? Pour quelles raisons ? Relevez-en les facteurs spécifiques et expliquez-les

Bien que le thérapeute soit psychanalyste, cet entretien ne correspond absolument pas à un entretien de type psychanalytique. En effet, le psychothérapeute intervient comme un expert dans une situation où il accepte de rendre un service pour la pédagogie. Il n'entre pas dans une situation thérapeutique et donc se comporte comme s'il cherchait à rassembler des informations en général pour effectuer une démonstration, par exemple pour effectuer un diagnostic de personnalité ou poser d'une manière plus générale une indication de psychothérapie sans en spécifier l'orientation et sans se situer dans une optique psychothérapique, n'aurait-ce été que pour le bref instant de l'entretien. Il est vrai que, même avec de telles intentions, il lui était difficile de les réaliser, vu le contexte d'un entretien visant à faire la démonstration d'une technique avec une malade qu'il ne connaissait pas, qu'il ne reverrait pas et qui ne lui demandait pas d'aide puisqu'elle aussi déclarait accepter de rendre le même service dans un but pédagogique, alors qu'elle était soignée ailleurs, dans le service où a eu lieu cette expérience. Du reste, on peut faire la même remarque pour les deux autres thérapeutes qui eux n'hésitent pas à jouer de leur technique.

On doit en outre supposer que ce psychothérapeute expérimenté a bien senti d'emblée que cette patiente ne relevait pas, de toute façon, d'une indication de psychanalyse et que tenter de la mettre dans une situation d'épreuve à cette intention eût été non seulement une erreur, mais aussi une faute professionnelle : c'eût été provoquer chez cette malade au moi fragile une recrudescence d'angoisse non métabolisable, voire un passage à l'acte, comme une interruption brutale de l'entretien en sortant de la salle et en claquant la porte, créant un incident dans le service ou une tentative de suicide. Il a donc modifié à juste titre son plan d'intervention.

Il l'interrompt régulièrement, change de sujet à l'emporte-pièce. Contrairement à l'attitude classique que l'on pourrait attendre d'un psychothérapeute d'inspiration psychanalytique, il intervient constamment et adopte une attitude d'écoute très manifestement active. Il pose beaucoup de questions, à titre exploratoire, certes, reprend presque régulièrement chacune de ses réponses ou réflexions, tout ceci, manifestement, plus pour obtenir des

informations que pour tester les aptitudes de la patiente à réagir, par exemple, à telle situation, à tel souvenir, à sa manière de traiter tel ou tel scénario fantasmatique. Il ne s'agit pas, bien entendu, de critiquer ce psychothérapeute : c'est un parti qu'il a pris et qui est, dans la situation, légitime. Mais cela l'amène à se situer plus comme un psychiatre psychothérapeute, ce qu'il est du reste, que comme un psychothérapeute d'inspiration psychanalytique qu'il est aussi, et c'est la raison pour laquelle sa participation avait été sollicitée. Or, initialement, le but de cet entretien était de faire apparaître quelques-unes des caractéristiques d'un tel type de technique. Il est donc important de bien marquer ces différences.

Parfois même, il évacue des sujets abordés spontanément par la patiente, comme celui concernant son père, par exemple. L'entretien apparaît donc abrupt, mais, encore une fois, ceci est dû au choix technique opéré par ce psychothérapeute. De plus, contrairement aux précédents thérapeutes, ce thérapeute ne montre pas à la patiente comment il pourrait la soutenir ou l'aider.

Un entretien de type psychanalytique, même s'agissant d'un premier entretien, se serait déroulé ainsi :

Le psychothérapeute aurait adopté d'une manière générale une attitude plus expectante et non directive, c'est-à-dire une position plus en retrait, moins intervenante et donc non interprétative. La raison en est la suivante : le psychothérapeute évite au maximum d'influencer la patiente. Il veut explorer sa capacité à se livrer à la libre association d'idées, base de la cure psychanalytique, et repérer dès le début les principales lignes de résistance sur lesquelles il conviendra de travailler. Ce faisant, il crée également le climat de frustration propre à ce genre de technique par ses silences nuancés par quelques relances discrètes. En effet, les patients s'attendent à ce qu'on leur parle. Ce changement d'attitude radical contraste avec les attentes habituelles des sujets en consultation. Cette frustration est nécessaire. Ainsi, le psychothérapeute évalue la capacité du patient à la supporter et sa manière d'y réagir. Ce faisant, il apprécie l'indication ou non de ce type de technique où la solitude doit permettre l'élaboration psychique, tout en tenant compte du fait que l'entretien se déroule en face-à-face et non pas selon le dispositif psychanalytique créé par Freud, divan-fauteuil, qui en accentue encore les caractéristiques. De plus, en symétrie de la libre association d'idées du patient, le thérapeute, dans l'attention flottante, se laisse entraîner à fantasmer et à associer également le plus librement possible, mais sans jamais le communiquer au patient : il ne fait qu'en tirer matière à interprétation. Le silence permet aussi d'évaluer le mode de vie psychique du sujet : il fait apparaître le vide angoissant et déprimant du sujet à la personnalité d'état limite, la présence des objets internes et des relations à ces objets intériorisées du sujet névrotique vus à travers les fantasmes qu'il évoque, ou provoque l'expression du délire d'un malade psychotique ou des glissements dans ce sens chez un sujet prépsychotique ou d'état limite, etc. Il permet encore d'apprécier la plus ou moins grande solidité du sens de la réalité, l'aptitude au transfert, la qualité de la régulation émotionnelle et bien d'autres aspects encore que nous ne pouvons pas détailler ici.

Que repérez-vous du style et de l'attitude du thérapeute dans cet entretien ? Quel impact celui-ci a-t-il sur la patiente ?

Le thérapeute, par moments, explore plutôt le vécu émotionnel présent de la patiente alors qu'un psychanalyste préférerait se centrer sur les vécus infantiles de cette dernière. Il tente seulement une incursion dans ce sens à la fin de l'entretien : « Que connaissez-vous de l'enfance de vos parents... ? », question complètement en rupture avec le sujet abordé qui concernait ses relations avec les gens en général, donnant l'impression de passer du coq à l'âne. Bien entendu, ceci n'est pas dû à un manque de logique de sa part, mais au fait que le temps est limité, que la fin approche et qu'il cherche à obtenir quelques informations sur ce sujet important, même si cette question rompt la continuité et apparaît comme hors sujet, ce qui peut être vécu, là encore par la patiente, comme frustrant, ce qu'elle dit d'ailleurs, en fin d'entretien, quand il lui demande comment elle l'a vécu. Elle répond : « Ça brasse... »

Ainsi, nous pourrions supposer qu'il cherche à la frustrer d'une autre manière. Pourtant, cela semble la laisser perplexe et ambivalente. L'entretien apparaît donc comme diffluent, sans réel fil conducteur et explorant diverses situations sans lien entre elles. Il se termine de manière abrupte, ce qui pourrait être classique dans l'optique psychanalytique, mais uniquement parce qu'une autre séance interviendrait dans la suite et que le psychanalyste pourrait apprécier la façon dont la patiente aurait résolu, métabolisé l'angoisse ainsi suscitée. On peut d'ailleurs remarquer, ici, un point de rapprochement avec le gestalt-thérapeute qui a évoqué aussi cette possibilité de fin d'entretien sans aménagement au cas où il aurait pu revoir la patiente, mais ce n'était pas le cas lors de la fin de l'entretien qu'il a mené ici : inversement, ce dernier psychothérapeute abandonne la patiente dans son sentiment de répétition, comptant sur le fait qu'elle soit hospitalisée pour que l'équipe du service reprenne l'entretien sur cette impression de manque.

Souvent, ce psychothérapeute donne, du reste ici, l'impression de se conduire plus comme un thérapeute de gestalt que comme un praticien d'orientation psychanalytique : il reste centré sur l'expression des émotions, l'expérience présente et exprime ses propres réactions.

Toutefois, cette attitude suscite chez la patiente des réactions qu'elle pourrait reproduire de manière habituelle dans son existence alors qu'elle le rencontre pour la première fois : elle exprime son besoin de réassurance, de compréhension, d'affection pour espérer compenser des préjudices passés, mais vainement puisqu'elle verbalise incessamment son sentiment de rester incomprise, victime de la négligence des autres, quelle que soit l'attitude de son interlocuteur. On pourrait concevoir que sa vie psychique est empreinte, d'une manière générale, de cette déception permanente, inhérente à toutes ses relations à la lumière de ce qu'elle exprime de sa relation avec le Dr Chandelier et avec sa première psychothérapeute : leurs possibles erreurs techniques n'ont fait que la renforcer. Nous pourrions en déduire qu'elle recherche, chez son thérapeute, un équivalent d'objet merveilleux, tout-puissant pour combler ses propres carences infantiles. On pourrait en outre

s'attendre, comme il est classique, à ce que cette idéalisation de l'objet projeté sur le thérapeute de trop positive devienne plus ou moins rapidement négative.

Le psychothérapeute a déclaré avoir bien perçu le narcissisme fragile de la patiente et a exprimé son intention de le préserver, ce qui ne paraît pas évident dans le contenu explicite de l'entretien, mais se perçoit dans le commentaire qu'il en a donné au décours de la séance : « J'essaierai de préserver son narcissisme, qui est quand même bien fragile, en lui disant : "Est-ce que vous pensez vraiment que les autres ont toujours été méchants avec vous ? Finalement, c'est pour cela que vous êtes malheureuse." Elle a dit : "Oui, c'est vrai que les autres ont toujours été méchants." Mais elle fait preuve de peu d'aptitude à la prise de conscience, quoi qu'elle en dise. »

En fait, on peut douter du caractère véritablement narcissisant d'une telle intervention qui porte uniquement sur le mécanisme de défense principal, c'est-à-dire son vécu de dénigrement des autres et d'elle-même, et ne prend nullement en compte la souffrance et le vécu pulsionnel. De cette façon, ce mécanisme de défense et le vécu de frustration, voire de persécution, ne peuvent qu'en être renforcés, et du même coup l'aptitude à la prise de conscience ou à l'*insight* tout autant diminuée.

On peut voir là se mettre en œuvre une relation transféro-contre-transférentielle dite « en miroir ». On pourrait faire l'hypothèse suivante, justifiée par de nombreuses autres situations similaires bien connues dans ce domaine : par manque de distance, le psychothérapeute, trop pris par son désir inconscient d'améliorer la patiente, surtout au cours d'un si bref entretien, est déçu malgré tout de ne pas pouvoir y parvenir, même s'il n'a pas d'autre visée qu'exploratoire de façon explicite. Son intervention, qui ne porte que sur le mécanisme de défense de la patiente, en le soulignant : « Est-ce que vous pensez vraiment que les autres ont toujours été méchants avec vous ? », sous-entend implicitement : « Vous exagérez, il n'est pas possible que les autres aient toujours été si méchants avec vous, c'est donc vous qui le pensez et c'est pourquoi vous êtes malheureuse... » et, en dessous, soulève l'hypothèse d'une telle formulation : « Voyez, je suis un bon psychothérapeute. Je devrais pouvoir vous améliorer et, ce faisant, vous me renverriez une bonne image de mon rôle, vous m'en confirmeriez la bonne qualité ; mais vous résistez en continuant de déclarer que vous souffrez toujours et donc vous m'en renvoyez une mauvaise image qui me déçoit. En conséquence, je déclare que ce n'est pas possible, parce que je suis un bon psychothérapeute et que vous exagérez... » Ceci, vécu en fait comme un reproche, renforce l'attitude de la patiente dont la réponse ne se fait pas attendre : « Oui, c'est vrai que les autres ont toujours été méchants. » Après quoi, la conclusion est qu'elle a peu d'aptitude à l'*insight* ou à la prise de conscience.

Une véritable interprétation de type psychanalytique aurait pu être de ce type : « Vous êtes tellement malheureuse, ou vous souffrez tellement, ou vous avez tellement souffert et souffrez tellement encore [prise en compte de la pulsion], que vous êtes amenée à ressentir que les autres sont méchants,

ou ont toujours été, et sont toujours méchants [mise en regard du mécanisme de défense]. » Du coup, se sentant comprise et justifiée, et donc son narcissisme épargné, voire renforcé, la patiente peut prendre conscience, au moins en partie, de son mécanisme de défense qui ne disparaît pas du premier coup, mais s'atténue. La technique est similaire à celle qu'utilise le cognitiviste, mais d'une autre manière, en l'incitant à voir, à côté d'indiscutables aspects négatifs, les aspects positifs qu'elle tend à négliger, en se basant sur les faits et sur ses déclarations.

Sans critiquer le moins du monde l'attitude de ce dernier psychothérapeute, on voit combien le cadre de l'entretien, sa motivation ou son but, son intentionnalité à visée exploratoire ou d'expérience pédagogique ont en fait contrecarré les motivations inconscientes du thérapeute et de la patiente et ont modifié profondément le déroulement de cet entretien.

Il convient de relever la question suivante posée par le thérapeute : « Vous avez le sentiment que le Dr Chandelier vous aime bien ?... » Nous aurions préféré les termes « aide bien » ou « vous tient en estime » plutôt que ce terme d'aimer, équivoque, car trop fortement connoté affectivement. Ce terme renvoie au risque d'érotisation de la relation dans un sens comme dans l'autre : passage à l'acte du psychothérapeute et évolution érotomaniaque de la patiente. Pour désamorcer une telle évolution, plusieurs attitudes pourraient être envisagées selon le contexte :

- Autoritaire dans les cas d'érotomanies délirantes : on interrompt la psychothérapie et on change de psychothérapeute, en intimant à la patiente de cesser ses comportements de séduction, faisant valoir l'interdit du passage à l'acte.
- Recentrer ou interpréter dans les cas de séduction inhérente à un trouble de la personnalité : on renvoie la patiente à sa propre sexualité et on utilise ce prétexte pour l'aborder, lui demander de s'exprimer dessus, sur ses relations amoureuses.
- Du point de vue du thérapeute, il reste nécessaire et salutaire d'orienter la patiente vers un autre thérapeute avant le passage à l'acte ainsi que Freud l'avait recommandé à Ferenczi. Sinon, l'expérience de Clérambault avec sa patiente Marie est assez évocatrice [5].

Retrouvez dans l'entretien un ou plusieurs des facteurs communs aux psychothérapies à l'aide de la liste ci-jointe et précisez en quoi ils sont présents. Que pensez-vous de l'absence de certains de ces facteurs dans ces entretiens (tableau 7.4) ?

Le renforcement de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle est absent : le thérapeute laisse la patiente sur sa déconvenue, sur sa déception, toujours dans l'idée de frustrer, voire de scotomiser les besoins et les demandes de la patiente, ne restant sensible qu'à ses aspects de manipulation, se focalisant sur la technique d'exploration, se positionnant comme un expert le plus neutre possible, non impliqué.

Le développement d'expériences génératrices d'*insight* et du changement de perceptions est absent. De plus, aucune exploration du risque suicidaire n'est entreprise.

Tableau 7.4
Facteurs communs en psychanalyse

Facteurs	Présent/absent dans l'entretien	Commentaires
Relation thérapeutique (empathie, alliance...)	Partiellement	Peu empathique, abrupte et frustrante
Renforcement de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle	Absent	Le vécu de dévalorisation de la patiente est renvoyé comme sentiment d'incompétence au thérapeute (miroir)
Développement d'expériences génératrices d' <i>insight</i> et de changement de perceptions	Absent	Le thérapeute postule l'incapacité à l' <i>insight</i> de la patiente et glisse d'un sujet à l'autre sans jamais les approfondir
Régulation du niveau d'activation émotionnelle	Absente	Le vécu est exploré superficiellement, mais son expression émotionnelle est bloquée par les interruptions du thérapeute
Induction d'attentes positives et stimulation de la motivation	Partiellement	La patiente n'a rien à rajouter en fin d'entretien, mais s'estime « brassée »
Production de nouveaux comportements	Absente	Mais un processus d'élaboration est activé : « Ça brasse... »

La production de nouveaux comportements est également absente : aucun nouveau comportement au sens strict du terme n'est évoqué, mais un travail d'élaboration est activé par les interventions du thérapeute, qui laisse la patiente frustrée et en demande d'attention, de revalorisation, en même temps qu'elle le rejette. Ainsi, la patiente est frustrante avec le thérapeute et reste dans la même négativité, mais, en laissant cette patiente sur ses attentes, on lui laisserait la possibilité de les faire grandir. Il s'agirait de soutenir ce désir et de ne pas y répondre directement, car la patiente passe vite à l'acte. Toutefois, si on la fait trop attendre, elle risque aussi de passer à l'acte. Il faut trouver un juste milieu, accepter aussi ce risque de passage à l'acte comme appartenant au processus de soins. Souvent, la crainte d'engager sa responsabilité en tant que thérapeute stérilise le processus et inhibe la progression du patient. Le thérapeute doit donc trouver un juste compromis, tout en nuances, entre son propre niveau de tolérance du passage à l'acte et le niveau d'élaboration du patient.

Que penser de l'absence quasi complète des facteurs communs ? En psychanalyse, ces facteurs sont plutôt impliqués dans le déroulement de l'entretien, mais ne sont pas directement employés par le thérapeute. Le développement de l'*insight* devrait tout de même être plus présent, il doit découler comme allant de soi dans la cure : il est différent de l'« introspection », car l'introspection issue de la psychologie classique, c'est le regard sur soi, en soi, mais superficiel et conscient. L'*insight*, lui, est un regard qui plonge dans la profondeur de soi et qui prend en compte l'inconscient ainsi

que l'évoque Bachelard (1954) : « La maison signifie l'être intérieur ; ses étages, sa cave, son grenier symbolisent divers états de l'âme. La cave correspond à l'inconscient, le grenier à l'élévation spirituelle [1]. »



Un quatrième entretien entre l'animateur (A.) et Fanny (F.)

A. – Alors... J'aimerais que vous nous fassiez part de vos impressions, de votre vécu à la suite de ces trois entretiens, de ce que vous en gardez peut-être.

F. – Je peux déjà dire que c'était moins gênant que je l'imaginais.

A. – Oui... Il semble que vous ayez vite oublié la caméra.

F. – Oui, oui... Après ça a été... Le premier entretien, donc, c'était de la thérapie cognitive, je ne sais plus son nom, j'ai bien aimé, parce qu'il était assez directif, il posait des questions, il revenait sur ce que je venais de dire en formulant une question d'une autre manière. Bon, peut-être aussi parce qu'on a plus parlé d'Adelphe que du reste, donc ça m'a plus accrochée. Le deuxième, par contre, j'étais bien moins à l'aise. Je ne sais pas si c'est parce qu'au départ il a dit qu'il était gêné par la caméra, donc le sachant gêné, moi, j'étais encore plus mal à l'aise. Et puis surtout me demander d'imaginer des choses qui n'existent pas, ça, je n'y arrive pas. J'en ai parlé avec une amie qui fait aussi de la dépression et qui est soignée, et quand je lui ai dit ça... euh... de décrire le crabe, d'en parler, elle, elle en aurait fait un tableau. En plus, elle, elle peint ! Et en trois minutes, elle m'a donné un

nom d'oiseau, sans que cela ne lui pose aucun problème, puis elle aurait continué encore pendant un quart d'heure si je l'avais laissée parler. Moi, non, je n'y arrive pas. Ça me bloque dès que j'ai peur du ridicule...

A. – ... De se donner en spectacle ?

F. – Oui, ça, je l'ai remarqué : dès que le Dr Chandelier me fait fermer les yeux pour m'imaginer quelque chose, je n'y arrive pas. Le fait de fermer les yeux en face de quelqu'un, je n'y arrive pas. Et puis là, aujourd'hui, je pense que je pourrais aussi y arriver, à décrire le crabe.

A. – Vous n'êtes pas soignée de la même façon que votre amie, hein ?

F. – Oui, mais à moi, il me faudrait beaucoup de temps...

A. – Oui, et cela pourrait devenir frustrant à la longue...

F. – Oui, parce que dans ces différents entretiens, je me rends compte qu'il aurait des tas de choses à entendre, mais comment cerner ce qui est important ?

A. – Oui, et dès qu'on raconte, un petit bout de relation qui commence...

F. – Oui, ce n'est pas gênant parce que je connaissais le principe. Je savais que le but, ce n'était pas de me soigner. Mais, d'un autre côté, j'en attendais un petit peu plus. Comme disait le Dr Chandelier : « On ne sait jamais, quelqu'un qui ne vous a jamais vue pourrait avoir une illumination subite sur votre cas », n'est-ce pas ? Bon, j'espérais un petit peu ça au début...

A. – Oui...

F. – Mais je pense aussi que ce qui est gênant, hormis le fait d'avoir ou non l'air intelligente, c'est l'impression qu'en deux ans, j'ai quand même brassé pas mal de choses ! Ce n'est pas les mêmes conversations que je peux tenir aujourd'hui avec quelqu'un que je vois pour la première fois que celles que je pouvais avoir il y a deux ans, même si le fond reste inchangé !

A. – Voulez-vous dire que vous vous sentez plus intelligente après ces deux ans de psychothérapie ?

F. – Je ne le crois pas. Peut-être plus tolérante. Plus tolérante sur mes travers. Non, mais c'est vrai que j'arrive à des choses qui n'auraient pas été concevables un an en arrière.

A. – Et ces approches et ces personnes différentes auraient mobilisé des sentiments, des vécus en vous très différents aussi ? ou non ?

F. – Ben... Différents oui, peut-être parce que, comme je le disais, je ne les avais jamais vus, je ne leur avais jamais rien dit. Ils ne savaient rien de moi, donc j'ai l'impression de moins risquer de les lasser que le Dr Chandelier à qui je dis tous les mardis en arrivant : « Ben ça va pas. » Bon, une fois, ça va, deux fois, c'est supportable et au bout de six mois, ça commence à être pénible pour ceux qui sont en face. Même si on se dit « De toute façon, c'est des soignants, ils font leur boulot », c'est quand même gênant par moments.

A. – Pensez-vous que, d'un entretien à un autre, quelque chose soit resté et ait influencé l'entretien suivant, ce qui vous aurait amenée à faire des réponses un petit peu différentes.

F. – Non, parce que de toute façon, que ça soit là maintenant ou depuis que je viens à l'hôpital, je ne cherche pas à dire des choses qui n'existent pas. Donc, je joue franc-jeu avec tout le monde systématiquement, et encore plus avec des gens qui ne sont pas là pour s'occuper de mon cas, mais qui avaient besoin de moi pour cet exercice.

A. – Aimeriez-vous dire quelque chose d'autre ou poser une question à cet instant précis ?

F. – Ben j'aimerais bien savoir ce qu'ils en ont pensé.

A. – Dans quel sens ?

F. – Ben... je sais pas, quand le Dr Chandeleur leur a dit de dire ce qu'ils en pensaient, de donner un pronostic, de savoir un peu comment ils m'ont jugée...

A. – Jugée ?

F. – Jugée, ce n'est pas le mot qui convient. Comment ils m'ont perçue, on va dire.

A. – Ben... Je pense que le Dr Chandeleur pourra vous le dire.

F. – Ce matin, il a dit qu'on allait travailler sur la vidéo justement, qu'on la visionnera et puis qu'on discutera à partir de là. Je pense que cela peut être très bien parce que justement, dans les entretiens, on parle de généralités et qu'avec le Dr Chandeleur, on rentre dans les détails.

A. – Et puis, il se passe tout le temps quelque chose !

F. – Ah ben oui !

A. – Et puis pour vous, cela a peut-être été une expérience de prise de recul par rapport à vous-même et par rapport à votre image.

F. – Et puis la façon de présenter les choses change. Je me rends compte maintenant que je n'aurais pas dit cela, il y a deux ans.

A. – Vous êtes-vous un peu surprise vous-même ?

F. – Ben surprise... dans le mauvais sens. Je pensais quand même être moins déprimée maintenant que quand je parle avec eux. Cela a produit l'effet inverse, là. Parce que j'avais pris le parti de leur dire que je l'étais moins et plutôt que le problème était une non-adaptation sociale comme je le dis souvent, mais je me suis rendu compte que je l'étais encore bien. Même avec la volonté de pas pleurer, de ne pas avoir l'air trop touchée, j'en ai montré plus que je ne le voulais.

A. – Au fond, vous avez livré un peu de votre vie avec beaucoup de choses douloureuses...

F. – Oui, c'est bien ça le problème, c'est tout ça qui pourrait la vie. S'il y a eu un avantage, c'est qu'après le troisième entretien, j'ai rêvé énormément, mais alors vraiment ! Mes nuits étaient plus occupées que mes jours, c'est le cas de le dire. Dans mon rêve, je suis même arrivée à m'exprimer devant mes parents comme jamais je ne l'avais fait jusqu'à maintenant ! C'est-à-dire que j'ai vu ma mère qui disait : « Ben dis donc, t'es pas causante... C'est agréable d'être avec toi ! » J'ai pu lui dire : « Écoute, là je suis mal. Je suis mal, là en ce moment, je suis angoissée, je me sens vraiment mal... »,

jusqu'à ce qu'elle arrive à me dire : « Mais qu'est-ce que tu ressens ? Qu'est-ce que ça te fait ? » Autant de questions qu'elle ne m'a jamais posées. « T'es angoissée, ben t'as qu'à penser aux autres, tu penseras moins à toi ! » Voilà ce qu'elle me lance dans les dents d'habitude. « Tu déprimes ? Ben tu vas faire du bénévolat et t'iras mieux après ! » Sûr ! Surtout de la part de quelqu'un qui n'a jamais rien fait pour les autres ! Et là, je suis arrivée à leur dire en rêve. Et en plus, papa a lu le livre que le Dr Chandeleur m'a fait lire et que j'avais déjà lu d'ailleurs, et il m'a dit : « C'est la première fois que je lis un livre où je comprends l'état d'un dépressif. Pourtant, ce n'est pas faute d'en avoir lu, hein ? » C'est vrai, tous ceux qui sont sortis sur la dépression, je crois qu'il les a tous lus et là, à propos de ce livre, il m'a dit : « Je commence à comprendre ce que tu peux ressentir. » C'est la première fois que je l'entends dire ça...

A. – Bon... ben... c'est intéressant... Je vois que le plaisir se propage...

F. – Ben si ça peut servir à quelque chose pour les... les autres, oui... Pas pour moi.

Voici les réponses aux questions posées

Une indication de psychothérapie est-elle justifiée chez cette patiente ? Si oui, laquelle et pour quelles raisons ?

Effectivement, une indication de psychothérapie serait à envisager, mais, en fait, cette patiente nécessiterait un traitement psychiatrique au sein duquel un traitement médicamenteux et une psychothérapie individuelle s'intégreraient dans une psychothérapie institutionnelle plus globale.

Il faudrait discuter les critères d'indication d'une psychothérapie d'une manière plus générale et ceux de l'indication plus particulière de sa spécificité.

Critères généraux

D'un côté, les critères positifs sont les suivants

Elle exprime directement et indirectement une demande d'aide qui n'est pas spécifiquement psychothérapique, mais la réponse à cette demande, si elle est complexe, implique nécessairement différents niveaux de prise en charge posant des problèmes techniques d'articulation entre eux.

Les médicaments prescrits, s'ils sont nécessaires, surtout à cause du syndrome dépressif chronique, n'ont pas donné jusqu'ici de résultats probants, même si sa mauvaise observance en est en partie la cause. Mais elle a fait elle-même une expérience spontanée qui lui a confirmé leur peu d'efficacité. Par ailleurs, les diagnostics possibles, discutés plus bas, n'en font pas une indication première.

Elle a déjà fait l'objet d'une psychothérapie, selon ses dires, qui l'aurait conduite à son divorce. Cet argument est à retenir, même si le résultat

n'en a pas été ni très net ni très évalué. Toutefois, il convient de prendre en considération l'expérience passée du patient en général pour éviter de reproduire les mêmes erreurs.

Elle ne présente aucune altération intellectuelle et sait manier le langage qui sera l'instrument principal de travail dans ce type de traitement.

Elle montre dans les entretiens qui ont eu lieu avec ces trois psychothérapeutes qu'elle reconnaît la part importante jouée par les facteurs psychiques dans la genèse et l'entretien de ses troubles.

Elle se dit motivée et, à plusieurs reprises, dit vouloir comprendre l'origine de ses difficultés. Elle cherche encore la manière de les traiter malgré l'échec des traitements antérieurs. Elle attend, par exemple, que le Dr Chandelier revoie les enregistrements de ces entretiens et les commente avec elle. Elle en attendait d'ailleurs quelque chose de plus : « Je savais que le but, ce n'était pas de me soigner. Mais d'un autre côté, j'en attendais un petit peu plus... »

Elle capable d'un certain niveau d'élaboration psychique : en effet, elle comprend, au moins en partie, ce que le psychothérapeute cherche à faire avec elle ; elle retient ce qui lui a été dit, elle le transforme en partie et en fait un certain usage. Elle dit par exemple, à propos du troisième entretien : « Ça brasse. » Elle est capable de donner un avis personnel sur les différents entretiens. Elle estime qu'elle a tout de même beaucoup changé, même si elle est toujours malade : « En deux ans, j'ai quand même brassé pas mal de choses ! Ce ne sont pas les mêmes conversations que je peux tenir aujourd'hui... » et « S'il y a eu un avantage, c'est qu'après le troisième entretien, j'ai rêvé énormément, mais alors vraiment ! Mes nuits étaient plus occupées que mes jours, c'est le cas de le dire. Dans mon rêve, je suis même arrivée à m'exprimer devant mes parents comme jamais je ne l'avais fait jusqu'à maintenant... ». Elle décrit alors une scène où elle arrive à dire à ses parents ce qu'elle n'avait jamais pu leur dire jusque-là...

Les entretiens expérimentaux avec les trois psychothérapeutes ont montré qu'elle était capable de nouer une relation et de participer à la création d'une alliance thérapeutique.

Les critères négatifs doivent être pris en considération, mais ils ne priment pas dans la discussion

- la profonde ambivalence de la patiente à cet égard ;
- l'importance des résistances ;
- la mauvaise observance thérapeutique d'une manière générale ;
- l'évolution chronique d'une pathologie complexe et grave ;
- l'existence de traits de personnalité qui seront discutés plus précisément ci-dessous et qui en rendent le pronostic réservé, mais ce n'est pas une raison pour ne rien tenter, l'abord psychothérapique, sous ses différentes formes, devant être privilégié dans ce cas difficile.

À ces critères généraux s'en ajoutent d'autres qui conditionnent davantage l'indication du type ou du niveau de psychothérapie. Ils sont les suivants :

Critères découlant du diagnostic et de la psychopathologie

La patiente souffre d'une pathologie complexe associant

- un trouble du comportement vis-à-vis de l'alcool, une somalcoolose selon la classification de Fouquet [9], c'est-à-dire un alcoolisme massif et intermittent, mais fréquent, et plus encore lors des tentatives de suicide dont il représente l'un des moyens : elle n'est pas vraiment dépendante, car il existe des périodes d'abstinence, ce qui est, en principe, un facteur de meilleur pronostic ;
- un potentiel suicidaire important avec des passages à l'acte itératifs et impulsifs. Il nécessite une aide spécifique alliant un traitement de fond à visée préventive et un autre plus épisodique lors des périodes de crises suicidaires qui se sont répétées régulièrement et fréquemment jusqu'ici ;
- un syndrome dépressif chronique tant autocritique avec une grande dévalorisation de soi qu'anacritique avec une perte d'objet qui s'exprime par un grand vécu abandonnique ;
- un trouble grave de la personnalité dont on pourrait discuter la nature selon les écoles : personnalité limite très instable, névrose hystérique grave avec un clivage des imagos et traits de personnalité en double lien.

Sur le plan d'une analyse fonctionnelle de type cognitivo-comportemental, nous pourrions repérer selon la grille SECCA de Cottraux et al. [7] (tableaux 7.5 et 7.5 bis)

- le problème cible : les tentatives de suicide itératives ;
- sur le plan de la synchronie :

Tableaux 7.5 et 7.5 bis
Analyse fonctionnelle SECCA du cas de Fanny

Comportement d'anticipation	Achète des bouteilles d'alcool et conserve ses médicaments
Situation	Chez elle ou chez ses parents, quand elle est seule, au décours d'une altercation avec son père, des collègues ou d'un événement interprété comme un rejet (rupture sentimentale, divorce)
Émotion	Vécu de frustration, d'abandon, de désespoir et d'impuissance
Cognition ou dialogue intérieur	« J'ai raté ma vie, mon fils n'a pas besoin de moi, je suis seule et sans mon métier d'infirmière, les autres sont méchants, personne n'arrivera à me soigner »
Imagerie	Voit les gens autour d'elle qui la soignent, mais sans y arriver
Comportement ouvert	Demande de l'aide, mais met en échec les solutions proposées
Entourage	Sollicite et rejette les autres en même temps, vécu d'incompétence chez le thérapeute, fils toxicomane et dépressif qu'elle n'a pas élevé elle-même

- sur le plan de la diachronie :

Tableaux 7.5 et 7.5 bis**Analyse fonctionnelle SECCA du cas de Fanny (Suite)**

Vulnérabilité développementale	Enfant inhibée
Histoire générationnelle	<ul style="list-style-type: none"> – Transmission à travers les générations d'un vécu d'inaffectivité, d'indifférence, de rejet – Dit que sa famille était froide et qu'elle n'a jamais été aimée pour elle-même
Trouble de la personnalité	De type état limite
Facteurs historiques de maintien possible	<ul style="list-style-type: none"> – Conflit avec ses sœurs jalouses de la voiture offerte – Conflits avec ses camarades de classe, puis, à quarante-cinq ans, conflits avec ses collègues de travail dans un contexte de rivalité
Facteurs déclenchants initiaux évoqués	Phlébotomie à quatorze ans après la violence du père, quand elle se cache avec son ami au lieu d'aller à l'église
Facteurs aggravants	Dépression avec autocritique et dévalorisation, alcool-dépendance
Autres traitements	Antidépresseurs et anxiolytiques, institutionnalisation

Le premier psychothérapeute a entrepris un abord de type cognitif auquel la patiente a répondu partiellement, mais d'une manière superficielle et ambivalente, puisque finalement elle en a dénié l'intérêt, après avoir tout de même marqué sa préférence :

« Le premier entretien, donc, c'était de la thérapie cognitive, je ne sais plus son nom, j'ai bien aimé, parce qu'il était assez directif, il posait des questions, il revenait sur ce que je venais de dire en formulant une question d'une autre manière... » Il proposait également et en association aussi une thérapie comportementale assertive se fondant sur un diagnostic de phobie sociale qui nous paraît discutable.

D'un point de vue psychodynamique

Sur le plan psychanalytique, le même cas pourrait être lu de la sorte, bien que nous l'ayons déjà précisé dans la présentation du cas : un conflit œdipien non résolu apparaît central à la problématique de cette patiente, avec même une relation incestuelle au père. Comme souvent, les situations incestuelles sont des situations floues, masquées, qui ne peuvent que se déduire des éléments d'un contexte pris dans sa globalité. En effet, pendant la prise en charge hospitalière de Fanny initiée déjà par le père, ce dernier pressait les soignants de requêtes incessantes, intrusives, quotidiennes, demandant des comptes sur la prise en charge de sa fille, et exprimait toutes une série d'attentions empressées plus affectueuses qu'on aurait pu l'attendre d'un père : visites fréquentes, appels téléphoniques quotidiens, demandes de rendez-vous pressantes et répétées, toute une série de démarches insidieuses sans être explicites, évoquant fortement une relation de ce type. De plus, la patiente explique elle-même avoir été la préférée du père, suscitant la jalousie de ses sœurs (cadeau de la voiture).

Du côté de Fanny, l'expression de sa personnalité en double lien, d'appels à l'aide et en même temps de rejet apparaît comme l'expression de son ambivalence vis-à-vis de son père : Fanny affichait une attitude hostile vis-à-vis de son père et par extension vis-à-vis de toute forme d'autorité en formation réactionnelle à son désir interdit de séduire son père. Son divorce et ses échecs sentimentaux répétés semblent une façon d'exprimer son incapacité à s'éprendre d'un autre homme que son père. De même, vis-à-vis de son fils, Fanny exprime toute une ambivalence entre son désir de l'éduquer et son incapacité à le faire. Plus loin encore, nous nous interrogeons sur les raisons de son transfert négatif vis-à-vis du Dr Chandeleur, malgré de possibles réalités, ceci d'autant plus qu'elle rejette finalement, après avoir semblé les accepter, les propositions des différents thérapeutes : systématiquement, elle fait semblant d'acquiescer pour clore chaque entretien, alors qu'elle est décidée à les refuser.

En contraste, sa mère et tout le reste de la famille devenaient complètement absents : aucune visite, présence exclusive du père aux entretiens familiaux. Ce vide attirait tout de même l'attention. La malade aurait été orpheline de la mère, que cela ne se serait pas exprimé différemment. À tel point d'ailleurs que le psychothérapeute, le Dr Chandeleur, avait axé son traitement sur une mise à distance progressive de ce père invasif, ce qui se reflète dans les propos de la patiente avec le troisième thérapeute : « C'est parce que ça ne me touchait pas directement, mais ça mettait en cause mon père. Je crois que c'est ça qui m'a fait réagir... », ayant pourtant bien insisté sur la violence de ce dernier lors de l'épisode de la messe manquée. De même, la patiente donne volontiers des détails concernant son père au thérapeute, mais reste laconique sur sa mère.

Le recours à l'alcool de Fanny pourrait faire poser l'hypothèse d'une tentative de résolution de ce conflit insoluble et une recherche d'une relation fusionnelle avec sa mère puisqu'elle la décrit comme froide et inaccessible. Dans une certaine mesure aussi, l'hypothèse du choix très important, presque passionnel, de Fanny pour le métier d'infirmière et son attention toute particulière pour les indigents et les personnes fragiles du service (ses « mamies », les « pauvres », selon ses expressions) comme tentative, par identification projective, d'embrasser le rôle d'une mère idéalisée, chaleureuse et attentionnée qu'elle se plaint de n'avoir pas eue. En effet, la patiente semble faire remonter tous ses troubles à son échec professionnel, elle avance la tuberculose non avérée et les interventions chirurgicales lors du deuxième entretien. Au troisième entretien, elle précise qu'elle a vécu une période idyllique quand elle travaillait comme aide-soignante en maison de retraite avec « ses mamies », période interrompue par le conflit institutionnel.

Comme toujours en psychanalyse, le motif principal reste implicite, masqué derrière les symptômes ou des défenses par la réalité : tuberculose et intervention chirurgicale pour rationaliser ses plaintes chroniques et son recours à l'alcool, essor économique pour justifier le cadeau du père, promotion professionnelle dans la maison de retraite.

Quel type de psychothérapie ou quel niveau d'abord psychothérapique choisir ?

Les caractéristiques de la patiente orienteraient davantage, comme nous l'avons dit, vers une prise en charge psychiatrique globale qui allierait le traitement médicamenteux, la gestion de la réalité, la psychothérapie institutionnelle et la psychothérapie individuelle dont le type resterait à discuter, ce que l'on fera plus loin. La psychothérapie institutionnelle, même pour une période brève, serait plutôt d'orientation cognitive ou rationnelle éclectique [4]. Elle peut être réalisée en milieu hospitalier ou extra-hospitalier et a l'avantage de créer un milieu psychothérapique autour de la patiente qui potentialise les effets de la psychothérapie individuelle.

La priorité doit être accordée à l'abord du potentiel suicidaire de la patiente, tant sur le plan de sa prévention que sur celui du traitement des crises suicidaires [12].

Ensuite, une psychothérapie de type 2, et plus spécifiquement psychiatrique, c'est-à-dire non spécifique, dans un cadre non formalisé explicitement, servira à la préparation d'une psychothérapie plus spécifique. Enfin, si la patiente s'avère apte à y collaborer, une psychothérapie de type 4, c'est-à-dire multimodale ou transversale, utilisant d'une manière non systématique différents instruments techniques appartenant à différentes thérapies selon les besoins exprimés par la malade et les données de l'évaluation par une grille de type SECCA, pourra être envisagée.

Comment tenez-vous compte de l'avis de la patiente ?

La patiente exprime son avis sur les trois démarches : apprécie la directivité du thérapeute TCC, exprime sa réserve concernant la gestalt puisqu'elle s'approprie mal l'image du crabe, se sent moquée ou ridiculisée et enfin évoque la recrudescence de son imagerie onirique au décours de l'entretien psychanalytique.

Toutefois, il s'agit de sa perception émotionnelle et non pas de la performance ou de l'efficacité attendue d'une technique. Il convient de préserver l'alliance avec la patiente, puisque son agressivité et sa négativité pourraient devenir une source d'échec, et de tenir compte de ses résistances à engager une relation thérapeutique durable. L'avis même de la patiente apparaît comme le piège d'un double lien. Cette relation privilégiera la souplesse des interactions à la rigidité de la technique. La rigidité du troisième entretien semble avoir été vécue comme abrupte et sèche, car, bien qu'éloigné de sa dimension technique qui aurait été de type psychanalytique, il est resté exploratoire et distant.

On constate pourtant l'engrenage d'une élaboration : la patiente dit avoir rêvé au décours de ce troisième entretien. Le Dr Chandeleur, son psychothérapeute, nous apprend en effet qu'elle lui avait exposé un rêve récent, où elle était à la fois elle-même et un bébé qu'elle tenait dans ses bras et qu'elle n'arrivait pas à garder ; finalement, le bébé lui échappait et il allait s'écraser

par terre. Ce rêve pourrait être interprété comme un renforcement du risque suicidaire et devait solliciter un surcroît de précautions de la part de son thérapeute qui en avait d'ailleurs informé le médecin référent, passant outre la règle de confidentialité.

On voit là encore la nécessité de poser l'indication d'une technique psychothérapeutique non pas tant sur l'avis ou la satisfaction de la patiente, mais sur des réalités cliniques au-delà même du discours. L'intérêt d'un travail d'équipe et d'une psychothérapie intégrée doit être souligné, ainsi que le définit N. Georgieff (conférence non publiée du 1^{er} décembre 2011, Lyon) : « La psychopathologie à laquelle je me réfère est une compréhension fonctionnelle de la réalité psychique, une compréhension pluridisciplinaire de la réalité psychique ; c'est-à-dire que si la psychanalyse y tient une place importante, elle n'y tient pas une place exclusive et elle n'a pas à redouter d'être rejointe par d'autres logiques de pensée, d'autres logiques de découverte, d'autres modes de compréhension. »

Comment envisageriez-vous l'évolution de la psychothérapie choisie ? Prévoyez-vous des difficultés particulières ?

Au jour où nous rapportons ce cas, la malade est décédée par suicide. Elle avait bénéficié d'une longue période de prise en charge intensive, à laquelle un nouveau thérapeute mit un terme, décision justifiée en apparence par la nécessité d'un changement de service.

La difficulté de la psychothérapie résidait particulièrement, sur le plan psychanalytique, en ce transfert négatif vis-à-vis du thérapeute qui allait être très tenace et difficile à faire évoluer puisqu'il se basait sur cette relation incestuelle au père que de nombreux auteurs [11] s'accordent à reconnaître comme inaccessible à l'analyse. On pourrait se demander si sa réalisation suicidaire n'apparaissait pas comme la conclusion logique de son évolution, car elle s'est produite dans un climat de changement de service par son dernier thérapeute malgré son lien complice, presque intime, avec une autre malade du service où elle était soignée.

Du point de vue des TCC, la principale difficulté imposée par la patiente fut son absence de motivation au changement qui s'exprimait tant par les nombreux bénéfices secondaires inhérents à sa symptomatologie (institutionnalisation, alcoolisation) que par son ambivalence oscillant entre cognitions d'impuissance liées à sa dépression et sa toute-puissance s'exprimant par la mise en échec systématique des propositions thérapeutiques, et ceci pendant les vingt ans de sa prise en charge.

Sur une démarche de type gestalt, la patiente manifestait déjà une agressivité franche et ouverte en disant : « Non, non, vous avez rêvé ! » Et là, le thérapeute devait avoir beaucoup d'expérience pour la supporter.

Avec des formulations différentes et des points de vue différents, les difficultés apparaissent similaires : Fanny rejetait les propositions de tous les thérapeutes, exprimant explicitement que la technique ne semblait pas

adaptée à son cas, tant pour le gestaltiste que pour la démarche cognitive ; mais, implicitement, ne repoussait-elle pas l'idée même de se faire aider, notamment par un homme, puisque tous les thérapeutes, sauf la première, étaient de sexe masculin, image possible de séduction, de l'imago paternelle pour les psychanalystes, d'emprise pour les cognitivistes, de double lien pour les systémiciens ?...

Trouvez-vous qu'il existe des points communs entre ces trois entretiens en rapport avec les facteurs communs évoqués plus haut ?

Il existe en effet plusieurs points communs dans ces entretiens :

- entretiens d'étayage et de soutien, minimum dans la psychanalyse et maximum en TCC ;
- assouplissement des résistances et traitement de la réactance ;
- intervention du thérapeute selon un gradient, du plus directif au plus expectant ;
- exploration des pensées latentes de la patiente, c'est-à-dire recherche de ce qui est derrière le symptôme : schémas de pensée pour les cognitivistes ou fantasme préconscient pour les psychanalystes ;
- utilisation du langage.

Pourriez-vous comparer les différentes techniques utilisées entre elles ?

Dans une perspective préintégrative, nous proposons un tableau avec l'ambition de montrer au lecteur que, derrière un débat belliqueux entre les spécialistes de certaines techniques psychothérapeutiques, nous pourrions retrouver des analogies, c'est-à-dire un recouvrement partiel de certaines techniques dont seul le nom change, des ressemblances, mais non des identités, des rapprochements sans qu'il y ait similarités. Pour certains, ces rapprochements seront difficiles, mais ne feront que révéler le cloisonnement des différentes écoles. Le premier intérêt de ce rapprochement est de souligner des invariants du fonctionnement psychique, des processus communs en somme. Le second est de procéder à la démarche scientifique du regroupement d'espèces particulières en classes générales pour créer une taxinomie tant pour éviter de sombrer dans la multiplication des concepts diluant la connaissance même du psychisme que pour favoriser un dialogue et une juste différenciation. En effet, nous rappelons que si la science commence par l'observation méthodique, elle nécessite le classement et ne peut pas en faire l'économie. Cette démarche souhaite aller au-delà des apparences opposées à toute comparaison des psychothérapies entre elles, à l'instar du culinaire pour aller découvrir quels ingrédients composent ces plats, même si les plats cuisinés restent très différents entre eux dans leur apparence et dans leur forme. Il faut toutefois admettre dès le départ une certaine approximation, ces rapprochements ne peuvent pas être parfaitement coïncidants, évidemment ([tableau 7.6](#)).

Tableau 7.6
Comparatif des techniques et perspectives d'analogies

	Premier entretien TCC	Second entretien gestalt	Troisième entretien d'investigation	Psychanalyse d'un point de vue théorique	Pourcentage empirique d'analogie et tentative de définition
1	Pensées automatiques	Métaphorisation des sensations (crabe)	Pressentiments, impressions vagues et diffuses, intuitions	Repérage du préconscient comme issu du processus primaire	80 % Processus automatiques, sans coût énergétique, fugace, labile, raisonnement couvert
2	De la « boîte noire » à la pleine conscience	Technique de la chaise vide (petite fille), enfant intérieur	Recherche des symptômes négatifs (ce que le patient ne dit ou ne fait pas)	Idem : repérage de l'inconscient	20 % Séparer le subjectif de l'objectif, l'effet de suggestion
3	Analyse fonctionnelle	<i>Hic et nunc</i>	Recherche de symptômes positifs	Réaction du patient à la situation psychanalytique, étude de la réactivation de l'histoire infantile	90 % La psychanalyse « teste » la réactivité au dispositif (<i>setting</i>), pas les autres techniques qui collectent des symptômes
4	Apprentissage et valorisation de l'expérience personnelle (tâches quotidiennes)	Confrontation du ressenti du thérapeute à celui de la patiente (exploration du champ relationnel)	Observation et exploration du patient basées sur les sens de l'expert (inspecter, palper, percuter, ausculter)	Aptitude à la libre association d'idées et l'attention flottante	90 % Les deux protagonistes créent un système spécifique par leur relation
5	Flèche descendante, questionnement socratique, renforcements et motivation, technique des quatre « R » (Reformuler, Résumer, Recontextualiser, Renforcer)	Valorisation de l'expérience présente jusqu'à la mise en acte (importance donnée au corps)	Techniques d'entretien [13]	Silence de l'analyste (frustration), style de l'interprétation et de l'analogie	70 % Rapport au langage et à la manipulation verbale

Tableau 7.6**Comparatif des techniques et perspectives d'analogies (Suite)**

	Premier entretien TCC	Second entretien gestalt	Troisième entretien d'investigation	Psychanalyse d'un point de vue théorique	Pourcentage empirique d'analogie et tentative de définition
6	Cognitions, schémas de pensée, émotions	Affects	Déduction à partir de l'observation	Fantasmes et conflits intrapsychiques, recherche du thème relationnel conflictuel central (L. Luborsky)	60 % Processus intrapsychique (intérieurité, <i>insight</i> , élaboration)
7	Collaboration et guidance	Le thérapeute s'implique personnellement dans le champ relationnel, expérience partagée	Recherche d'informations	Non-directivité et attitude expectante	Variation dimensionnelle Attitude du thérapeute : selon le degré d'implication
8	Jeux de rôle, attitudes émotionnelles (sympathique, empathique, antipathique, apathique), facteurs renforçateurs	Exploration du champ relationnel, étude de la rétroflexion et de la déflexion	Agentivité, empathie, proxémie	Transfert et contre-transfert, relations d'objet intériorisées	70 % Processus interrelationnels
9	Pensées dysfonctionnelles ou biais cognitifs	Confusion émotionnelle	Bénéfices secondaires, iatrogénie	Système défensif	80 % Assouplissement et accession à la nuance <i>in medio stat virtus</i>
10	Persistance des schémas (Young)	La gestalt inachevée	Résistance/réactance au traitement	Processus de répétition	100 % = la limite de la psychothérapie, mais le nom et la situation de cette limite différent

Voici nos hypothèses à l'aune de ce tableau :

Les processus automatiques

Peut-on comparer les pensées automatiques en TCC au processus primaire et secondaire en psychanalyse ? Pourrions-nous rapprocher le concept de pensées automatiques des psychothérapeutes cognitivistes de celui des chercheurs en sciences cognitives ? De même, existe-t-il un rapport entre la pensée automatique, l'automatisme mental de Clérambault et l'automatisme psychologique de Pierre Janet ?

Effectivement, toutes les techniques psychothérapeutiques repèrent à leur manière des pensées qui surgissent de manière spontanée dans le discours intérieur du sujet.

L'effet de suggestion

Sur la base de ces entretiens, nous notons une évolution des entretiens entre eux, puisque la patiente reprend la notion de tendresse qu'elle avait abordée au second entretien sous l'induction du thérapeute ; par contre, elle ne reprend pas du tout à son compte le fait que son fils ait pu avoir besoin d'elle ainsi qu'elle croyait le penser lors du premier entretien.

De même, le thérapeute du troisième entretien réveille les souvenirs d'enfance de la patiente alors qu'au premier entretien, elle disait qu'elle n'en avait pas du tout. Cela pose la question de l'induction par le thérapeute, de l'effet de l'expectation positive et d'un facteur de suggestion. La suggestion est le facteur de base de toutes les psychothérapies, masqué, détourné parfois même dans la psychanalyse malgré les affirmations de Freud à ce propos.

La grille de lecture du psychothérapeute

Quelle que soit la méthode employée, le thérapeute utilise une grille de lecture, un fil d'Ariane pour retrouver son chemin en quelque sorte. Chacun regarde une partie de l'éléphant qui le concerne, mais on ne peut pas nier qu'il s'agit malgré tout du même éléphant pour reprendre la métaphore des aveugles de l'Hindoustan. Cette méthodologie est nécessaire, car le psychisme humain possède une complexité inépuisable. Le débat est donc possible, il suffit d'admettre que l'autre psychothérapeute désigne la même partie de l'éléphant d'une manière différente ou alors nomme une partie du psychisme que nous ne voyons pas de notre place.

La relation thérapeutique n'est pas une relation courante

L'implication de deux protagonistes dans un cadre commun et un rapport contractualisé créent un système qu'on nomme « relation psychothérapeutique ». Il ne s'agit ni de l'alliance ni de la relation duelle, mais d'un système unique. La relation créée n'est pas tout à fait expérimentale : d'un côté, elle l'est : les séances se répètent dans le cabinet, « laboratoire » du thérapeute, le thérapeute reste le même, la technique aussi, et, en ce sens, la psychothérapie est expérimentale. Dans l'expérimentation, on met le sujet dans une situation particulière et on étudie sa réaction à cette situation. Mais la psychothérapie est aussi une éthologie : on observe le sujet évoluant dans

son milieu naturel. D'un autre côté, elle ne l'est pas : le système implique deux êtres humains, deux individus, chaque relation est nouvelle, unique, et chaque nouvelle psychothérapie est une nouvelle œuvre de création.

Le rapport au langage est l'outil de prédilection de la psychothérapie

Si la manipulation utilise le langage aux fins d'asservir et de soumettre l'individu, la psychothérapie utilise peu ou prou les mêmes techniques pour libérer l'individu de sa pathologie. Toutefois, les techniques psychothérapeutiques diffèrent entre elles dans leurs préférences à ce sujet, influencées elles-mêmes par leur propre terminologie.

Dans la médiation verbale, le langage est l'outil, mais il est aussi la structure de la psychothérapie.

Le silence appartient au langage, il est le blanc de la feuille de papier et surtout met en exergue le rythme (sans silence, pas de rythme) et donc de la mise en forme de la rencontre psychothérapeutique.

La technique de la flèche descendante en thérapie cognitive se rapproche beaucoup de la technique psychanalytique par l'exploration de l'histoire du patient. Elle permet de chercher l'origine des schémas, alors que la psychanalyse explore les scénarios originaires. La gestalt, par l'importance qu'elle donne au corps, s'apparente aux psychothérapies psychocorporelles, ce qui conduit parfois à certaines réserves à son égard, car elle prône le passage à l'acte alors que la psychanalyse le proscriit. De ce point de vue, l'analogie diffère. La psychanalyse défend une relation équilibrée entre l'acte et la pensée : si on suspend les actes, les fantasmes apparaissent d'autant plus, sinon ils disparaissent derrière les actes. Widlöcher proposait la notion d'acte mental, se référant aux travaux de l'imagerie cérébrale qui montre une modification des réseaux neuronaux sous l'action de la pensée. Ainsi, le silence de l'analyste va bien au-delà de l'aspect rhétorique rappelant la célèbre formule de Lacan : « L'inconscient est structuré comme un langage. »

Les processus intrapsychiques

Ils sont surtout pris en compte par la psychanalyse, mais aussi de plus en plus par les démarches cognitivistes : c'est l'ensemble des transformations qui se produisent sur les éléments constituant le psychisme :

- En psychanalyse, cela correspond au travail d'élaboration à la fois topique, énergétique, dynamique et économique.
- En TCC, le processus consiste à prendre en compte les trois points de vue cognitif, émotionnel ou comportemental et à les faire interagir entre eux.

Nous pourrions tenter un rapprochement de ces démarches qui mettent toutes deux en interaction différentes instances psychiques.

Attitude du thérapeute

Le thérapeute est lui-même impliqué dans la psychothérapie. La psychothérapie est d'ailleurs définie par cette interaction entre le thérapeute et le patient. Le degré d'implication du thérapeute est propre à chaque technique psychothérapeutique, mais au-delà elle est aussi propre à chaque interaction entre un thérapeute et un patient. Ainsi, la place même du thérapeute,

comme celle du patient du reste, apparaît comme un facteur commun des psychothérapies entre elles.

Processus interrelationnels

D'un côté, on pourrait constater les points communs du point de vue de la communication sur un plan formel : le dit et le non-dit, la métacommunication, la transformation du message. Mais, d'un autre côté, la psychothérapie envisage l'interaction plus globalement, faisant référence aux éléments du passé du point de vue du patient, mais aussi de celui du thérapeute : contre-transfert, ou attitude de renforcement, ou concept de résonance (Moni Elkaïm) en thérapie systémique.

Assouplissement et accession à la nuance in medio stat virtus

Nous constatons que la souffrance rapportée par le patient ou par son entourage provient souvent de ses fonctionnements rigides, répétitifs, pauvres et stéréotypés. Le travail de toute psychothérapie pourrait être de permettre au sujet d'accéder à plus de souplesse dans son fonctionnement général par des moyens propres à chaque technique. Le travail de la psychothérapie est d'amener le patient à plus de nuance, non pas au sens de compromis, de mettre le curseur de ses dysfonctionnements au milieu, mais d'atteindre le maximum de souplesse et non pas le laxisme ou la mollesse, juste distance avec la fermeté et non pas la rigidité, pour accéder à plus de liberté intérieure.

Les limites de la psychothérapie

Toute psychothérapie touche à une limite, mais le nom et la situation de cette limite diffèrent selon la technique : il en est ainsi de la persistance des schémas (selon Young), malgré un raisonnement socratique et un assouplissement des pensées dysfonctionnelles (comme la généralisation), ou encore de la compulsion de répétition qui fait proposer à Freud l'idée d'une analyse interminable [8].

Comment auriez-vous abordé la patiente sur un mode systémique et sous l'aspect de la prise en charge institutionnelle ?

Dans une optique systémique, une première question pourrait se poser ainsi : est-ce que la famille jouerait un rôle pathogène en maintenant les troubles de la patiente ?

Le Dr Chandeleur reprenait l'idée d'une relation incestuelle entre la fille et son père. Il pensait qu'il existait un trouble de la communication dans cette famille. À cause de ce conflit familial, il était impossible de faire venir tous les membres de la famille pour des séances de thérapie, ce qui souvent reste au demeurant la plus grande difficulté dans ce type de thérapie. Le médecin s'est donc centré sur la relation père-fille, d'autant que le père envahissait littéralement l'espace de soins. De manière a priori paradoxale, le thérapeute décida d'éloigner le père : aucune amélioration ne fut constatée.

Une deuxième question survient donc : est-ce que la famille est perturbée par l'émergence de la maladie de la patiente ? Autrement dit, quel est le rôle de la maladie dans le système familial ?

La patiente dit que la tuberculose l'a empêchée de poursuivre ses études d'infirmière, véritable vocation, malgré de nombreuses opérations. Elle est devenue la grande malade de la famille : le renoncement à sa vocation l'a entraînée dans une véritable carrière de patiente. Elle s'est construit un deuil pathologique. Mais ces données ne sont arrivées que très progressivement. Il serait utile de travailler cette question à travers différentes hypothèses : pourquoi voulait-elle entreprendre ces études ? Peut-être pour soigner l'enfant intérieur, blessé, humilié en elle ? Pour se soigner elle-même ?

Ces deux premières questions se nouent : l'une pourrait découler de l'autre. Sa souffrance vient d'avant le complexe d'Œdipe : la petite fille est tombée dans un amour éperdu de son père, et plus le père répond aux tentatives de séduction de l'enfant, plus l'enfant est malheureux, car cela renforce son désir inconscient. Souvent, les patients dressent des portraits terribles et peu ressemblants de leurs parents. En entretien individuel, il s'agirait donc d'évacuer les émotions liées à l'évocation des parents et surtout de ne jamais disqualifier les parents dans leur fonction, mais d'amener le patient à envisager un autre point de vue que le leur. Enfin, cette prise en charge systémique aurait pu être avortée par l'apparente compétition entre le père et l'un des thérapeutes. Il aurait fallu, comme en psychothérapie systémique, un thérapeute pour protéger la patiente et un deuxième pour garantir le cadre.

Une troisième question ne doit pas être négligée : est-ce que l'histoire familiale pourrait avoir un rôle dans la transmission transgénérationnelle des troubles de la patiente ?

Fanny, à la fin du troisième entretien, exprime des doutes quant à son histoire généalogique, tenant divers propos émanant de son père ou de sa mère, en apparente opposition, mais évoquant les relations de chacun d'entre eux avec leurs propres parents. Sa connaissance de sa généalogie s'interrompt au niveau de ses propres parents, et elle colmate le vide de son histoire familiale par des suppositions qui donnent un nouveau sens à ses troubles. Nous pourrions lui proposer de s'interroger en symétrie sur sa propre histoire dans le développement de son fils. Ces aspects soulèvent toute la problématique de la filiation qui sera abordée dans un autre chapitre.

Quel aspect essentiel a été systématiquement laissé de côté par les trois thérapeutes ? Comment l'auriez-vous abordé ?

Cet entretien devrait surtout mettre l'accent sur le suicide et sa prise en compte. Les consignes données aux différents psychothérapeutes étaient de réaliser des entretiens « typiques » de leur pratique et de leur école psychothérapeutique. Le comportementaliste l'a parfaitement réalisé, le gestaltiste assez bien et le psychanalyste fort peu. Ce dernier s'est surtout situé comme expert et n'a pas voulu réaliser d'entretien de ce type, car elle n'en relevait

pas et ne l'aurait probablement pas supporté. D'ailleurs, en psychanalyse, il est coutume de réaliser quelques entretiens préliminaires pour en préciser l'indication. Mais ici, il ne s'agit même pas de cela : la patiente le dit, elle a besoin qu'on lui parle. Or, dans un entretien préliminaire, un psychanalyste, s'il pose quelques questions, aménage régulièrement de plus ou moins longues plages de silence pour mesurer la capacité à supporter la frustration de son patient.

Ces trois entretiens éliminaient complètement la question du suicide. Pourtant, cette question se pose éminemment chez une patiente qui l'annonce d'emblée avec le comportementaliste et qui explique qu'elle n'en est pas à sa première tentative. Les bonnes pratiques prévoient que, dans un pareil cas, le potentiel et le risque suicidaires soient au premier plan, devenant la priorité dans toute prise en charge. Son évolution l'a malheureusement confirmé puisqu'elle a fini par se suicider. L'expérience montre qu'une bonne prise en charge psychothérapeutique ne suffit pas à éliminer ce risque, même si elle le diminue. Le psychothérapeute ne doit pas hésiter à solliciter de l'aide autour de lui pour accompagner et soutenir ces patients suicidaires. On sait notamment que la mise en place d'un traitement pharmacologique adapté s'avère nécessaire, tels antidépresseurs, thymorégulateurs ou antipsychotiques selon les cas.

Dans cette optique, nous pourrions concevoir un type d'entretien dont nous pouvons donner les grandes lignes théoriques :

- Dès la prise de contact avec la patiente, le psychothérapeute doit lui demander quelle est sa demande de soins, et ce, très rapidement. En lui parlant de sa dépression chronique, il doit aborder le problème du suicide en indiquant un nombre important de tentatives, environ une fois par an, dont l'une a été particulièrement grave puisqu'elle a dû être trachéotomisée au décours de son coma et dont elle garde une importante dysphonie. Elle ajoute que sa dernière hospitalisation a été motivée par une nouvelle tentative. Le psychothérapeute doit considérer cette préoccupation majeure ici et ne pas passer en revue les différents secteurs de la vie de la patiente ni plonger trop vite dans une technique au détriment d'une clinique qui pourrait mettre en échec la relation : le psychothérapeute doit explorer précisément ce risque suicidaire et pour mémoire en évaluer l'urgence, la dangerosité et les risques.
- Il convient de différencier d'un côté la crise suicidaire, où l'urgence de la prise en charge ne se discute même plus [12] et où seule la question d'une hospitalisation se pose et, d'un autre côté, la prégnance d'idées suicidaires qui laissent planer leur ombre et un risque de passage à l'acte itératif. Dans cette voie, un thérapeute trop confiant serait trop distant, mais un thérapeute trop inquiet ou à l'affût pourrait sembler oppressant ou manquer de confiance dans les ressources de la patiente. L'exploration des idées suicidaires mesure ses possibilités de s'en dégager ou pas. Le thérapeute doit explorer le monde suicidaire de la patiente : ses motifs de léthalité, quelles sont ses idées suicidaires et pourquoi (absence de solution, désespoir de vie, espoirs déçus, sentiment de vie ratée, échecs ou deuils impossibles...)... Ici,

Fanny n'a pas pu réaliser son rêve professionnel, n'a pas pu élever son fils et, surtout, ne réalise pas combien elle se dévalorise sur la base de faits réels. Comment surviennent ses idées suicidaires, leur prégnance ? Surviennent-elles souvent ? Peut-elle chasser ces idées ?

D'ailleurs, chemin faisant, le thérapeute obtiendra des informations sur la vie de la patiente.

On pourrait simplifier la démarche selon le tableau suivant (tableau 7.7) :

Tableau 7.7
Attitudes thérapeutiques selon le degré d'idéation suicidaire

Degré	Types d'idées suicidaires	Proposition thérapeutique
Premier	Idees suicidaires épisodiques, « flashes » aléatoires : idées suicidaires communes survenant en dehors de toute pathologie	Il suffit d'en parler pour les ventiler et poursuivre le cours habituel de la psychothérapie en mettant l'accent sur le soutien
Second	Idees suicidaires fréquentes, insistantes : elles surviennent dans un contexte de conflictualité intrapsychique, le patient cherche à les chasser, à lutter contre	Renforcer par la psychothérapie le choix pour la vie
Troisième	Idees fortes, mais projet différé	On rapproche les entretiens psychothérapeutiques, on met en place un co-thérapeute, on travaille sur le projet (éliminer la léthalité en récupérant les objets dangereux, renforcer les gestes substitutifs)
Quatrième	Idees prégnantes dans un contexte mortifère, mais le malade reste critique et garde sa liberté, il peut les chasser avec difficulté ; ou alors le risque de raptus suicidaire est majeur, le suicide impulsif	Le soutien psychothérapeutique ne suffit plus, il faut proposer au patient des moyens concrets de lutte par un contrat antisuicidaire (aucun passage à l'acte en échange d'une aide téléphonique plus ou moins personnalisée, entretiens à la demande à tout moment, de jour comme de nuit). Dans le cas des suicides impulsifs, il faut se donner « trois secondes pour traiter », trouver un moyen de différer l'acte de quelques instants en séparant la balle du fusil par exemple...
Cinquième	Crise suicidaire : le suicide apparaît au patient comme inéluctable, seule solution à ses difficultés	L'hospitalisation s'impose au moins temporairement ou une aide intensive par la présence d'un tiers doit être permanente

Conclusion

Une fois la question du suicide traitée, il resterait à poursuivre l'entretien sur un mode éclectique. Cet entretien pourrait suivre le chemin suivant :

le processus relationnel serait traité en référence à la psychanalyse, l'aspect comportemental et cognitif viserait à restructurer les biais cognitifs de la patiente, comme lors du premier entretien. Enfin, on utiliserait un aspect plus gestaltiste, pour étayer la patiente en fin d'entretien.

Références

- [1] Bachelard G. La poétique de l'espace. Paris: PUF; 1954.
- [2] Berne E. Analyse transactionnelle et psychothérapie. Paris: Payot; 1977.
- [3] Buber M. Je et Tu. Paris: Aubier; 2012.
- [4] Chambon O, Marie-Cardine M. La psychothérapie cognitive dans l'institution. Rapport du 98^e Congrès de la Société de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Média flash; 1998.
- [5] Clérambault GG. Passion érotique des étoffes chez la femme. Archives d'anthropologie criminelle de médecine légale et de psychologie normale et pathologique 1908;23:439-70.
- [6] Corcos M, Speranza M. Psychopathologie de l'alexithymie. Paris: Dunod; 2003.
- [7] Cottraux J, Bouvard M, Légeron P. Méthodes et échelles d'évaluation des comportements. Issy-les-Moulineaux: Éditions EAP; 1985. pp. 72-73.
- [8] Ellenberger HF. À la découverte de l'inconscient : histoire de la psychiatrie dynamique. Villeurbanne: Simep; 1974.
- [9] Fouquet P. Le syndrome alcoolique. Études anti-alcooliques; 1950;15.
- [10] Lambert MJ, Shapiro DA, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE, editors. Handbook of psychotherapy and behavior change. 3rd ed New York: Willey; 1986.
- [11] Racamier PC. L'inceste et l'incestuel. Paris: Dunod; 2010.
- [12] Shea SC, Terra JL, Séguin M. Évaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour prévenir. Paris: Elsevier; 2008.
- [13] Shea SC, Terra JL, Séguin M, Jeammet P, Magne A. La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension. Paris: Elsevier; 2005.

La psychopathologie de la filiation

(d'après les travaux de J. Guyotat¹)



Définitions

La psychopathologie du lien de filiation a été l'une des principales lignes de recherche de J. Guyotat à côté de ses travaux sur la nosographie des

¹ Jean Guyotat est professeur honoraire de psychiatrie, de psychologie médicale, de psychothérapie et est psychanalyste. Il est le fondateur de l'École universitaire lyonnaise de psychiatrie et a enseigné de 1950 à 1995 à la faculté de médecine Alexis-Carrel, université Claude-Bernard, de Lyon [14].

psychoses qui lui est d'ailleurs liée, sur l'articulation de la chimiothérapie et de la psychothérapie, concernant notamment les effets des antidépresseurs sur la relation d'objet narcissique, entre autres sujets.

Ce concept se veut transversal et synthétique, envisagé sous l'angle de différentes théories. Il s'est dégagé progressivement de la pratique clinique auprès d'un certain nombre de malades aigus et chroniques suivis par plusieurs approches (approche psychodynamique, familiale, gynécologique, psychosomatique, approche institutionnelle, génétique et anthropologique à laquelle l'auteur a attaché progressivement plus d'importance...), envisagées à la fois séparément et dans leurs rapports dialectiques.

Cette théorie psychopathologique (qui n'est plus nouvelle puisqu'elle a été diffusée dans de nombreux pays francophones et jusqu'au Japon, alors que les pays anglo-saxons y sont restés réfractaires) complète et éclaire la compréhension du psychisme humain en intégrant les données déjà acquises. Elle représente peut-être, comme le dit son auteur, un pont à jeter entre biomédecine et psychanalyse. C'est aussi un outil d'investigation dont l'usage peut avoir des effets thérapeutiques.

Du point de vue psychopathologique, la notion de filiation entretient des rapports étroits avec celles de la puerpéralité et de l'identité. Nous envisagerons donc d'abord, dans cette première partie, la définition de ces trois termes, puis, dans une deuxième partie, leurs différentes implications en pathologie et enfin leurs rapports avec ou leurs implications dans les grandes théories classiques voisines, avant d'évoquer quelques tentatives de vérification.

Mais auparavant, deux remarques générales doivent être faites :

D'une part, la méthode suivie par l'auteur est une méthode très largement associative et herméneutique, inspirée du mode de pensée psychanalytique, qui amène à raisonner par métaphores, en s'inspirant toujours de la clinique comme point de départ. Ainsi, à partir de certains faits constatés en clinique (ces travaux reposent sur de nombreuses observations cliniques décrites en détail) ou de certaines pratiques, indépendamment de toute vérification statistique, on forme l'hypothèse d'une forme de pensée ou de raisonnement qui y serait sous-jacente, ce qui permet de dégager un nouveau mode de compréhension qui peut être utile sans pour autant s'imposer comme un dogme. C'est un peu l'inverse de ce qu'il se passe dans l'hystérie de conversion, du moins considérée sous l'angle de la psychopathologie psychanalytique et d'une manière quelque peu réductrice : un conflit psychique est refoulé et resurgit sous la forme d'un symptôme corporel qui l'exprime d'une manière voilée. Ici, on part du symptôme, du réel biologique, individuel, culturel, et on recherche les images, les représentations ou les structures mentales qu'il peut figurer.

D'autre part, les trois logiques de la filiation que l'auteur a développées sont interdépendantes et en continuelle interaction les unes par rapport aux autres, tant dans l'esprit de l'observateur que dans celui du sujet et de sa famille : ainsi, certaines caractéristiques de l'un des systèmes se retrouvent sous une forme différente dans le voisin, et les manques ou les carences

dans l'un des axes du système s'accompagnent en général d'une inflation dans un autre.

Le lien de filiation

Il se définit comme ce par quoi un individu se situe par rapport à ses ascendants et ses descendants réels et imaginaires. Cette définition englobe, sur une base réelle ou biologique, une dimension individuelle, relative tout autant au fonctionnement imaginaire du sujet qu'à son inscription dans le cadre des institutions ou dans le registre symbolique. Elle a trait aussi à une dimension collective qui doit être envisagée d'un point de vue anthropologique, car le processus de la filiation est très ancré dans l'histoire et la culture. Il en découle l'opposition de trois axes :

L'axe de la biologie et donc du réel

Cette notion doit être comprise non pas au sens lacanien du terme, mais en son sens courant : la pratique de la contraception, puis celle de l'interruption volontaire de grossesse ou de l'interruption thérapeutique de grossesse, celle de la procréation médicalement assistée (PMA) et les questions actuelles inhérentes à la biologie de la reproduction (clonage, embryons surnuméraires, séquençage de l'ADN, etc.), mais aussi les recherches en matière de génétique ont été le point de départ d'une réflexion éthique, mais aussi psychopathologique, car elle engendre une certaine forme de pensée que J. Guyotat, dans sa conception, a appelée « filiation de corps à corps ». C'est la représentation biomédicale du lien de filiation, un lien métonymique entre le corps de la mère et celui de l'enfant, représentation très ancienne dans notre culture. « Il s'agit de mettre en relation des parties du corps et des produits du corps » : l'enfant, d'abord dans le sein de sa mère, s'en séparant par la suite par l'accouchement, puis par le sevrage. Ce lien du corps de l'enfant à celui de sa mère est le support d'une représentation des fantasmes archaïques régressifs de la relation de l'enfant à l'image maternelle. La biomédecine propose une représentation du corps qui est celle d'une machine [26]. La réflexion éthique cherche, comme instance paternelle traditionnelle de référence, à éviter que ne soit commercialisé ce corps en pièces détachées. Cette conception de la filiation se base aussi sur la ressemblance des marques corporelles, telles la couleur de la peau ou des yeux, la forme du nez, et sur la recherche des évidences visuelles considérées dans leur ressemblance, dans leur similitude, recherche du même qui prévaut sur les différences. Ce sont les marques dans le corps de la filiation.

La référence au corps, envisagée par la médecine, est aussi celle d'une pensée scientifique, vérificatrice (par exemple, vérification des empreintes génétiques) ; elle est aussi une conception anatomique qui met en ordre les morceaux épars du corps les uns par rapport aux autres.

Cette référence au corps est aussi porteuse d'aspects persécutifs, car le corps dont s'occupe le médecin est le corps malade, mortel, souffrant, malformé, l'enfant mort in utero ou à l'origine des souffrances de sa mère pendant la grossesse ou encore au moment de l'accouchement. Le terme

de persécution est entendu ici au sens que lui a donné la psychanalyste P. Aulagnier [2].

L'axe de la filiation instituée ou symbolique (repérage juridique, civil, langagier, explicite ou non) encadre et redouble son support biologique

La filiation biologique est, en tout cas dans l'espèce humaine, en quelque sorte redoublée par une filiation symbolique conférée par le langage et par les institutions. L'institution est génératrice de filiations, au même titre que la biologie, et ceci est tout à fait vrai dans le cas de l'adoption. Mais au-delà, pour être complète, la filiation biologique doit obligatoirement être confirmée par la marque que lui donne l'institution : l'enfant nouveau-né doit être déclaré par ses parents et inscrit au registre de l'état civil. Il nous faut donc réfléchir rapidement à ce qu'implique l'institution.

Le mot d'institution vient du latin *instatuere* (et *instiutio*) qui veut dire placer, poser, établir, fonder de manière durable et donc aménager, entreprendre une action, organiser, régler, éduquer. Ainsi trouve-t-on dans Cicéron : *instatuere adolescentes*, former les jeunes gens, d'où dérive le mot d'« instituteur ». On rejoint ici l'opinion de P. Legendre [27], juriste, selon laquelle l'institution proviendrait du père.

L'institution correspond à la fois à l'action d'instituer et à la chose instituée, mais aussi, en tant que telle, à une sorte de matrice qui engendre, forme ou oriente un développement.

À l'origine, le mot désigne les lois qui vont fonder le droit romain : ce sont les *institutes* de Gaius (II^e s.), puis plus tard de Justinien I^{er} (482-565). L'institution est donc, en ce sens, ce qui est établi par le droit : le mariage, la famille qui sont le lieu d'élaboration de ce lien de filiation, mais aussi le gouvernement, l'État, le statut qui les encadrent et les régissent, les associations, les fondations, les religions qui en dérivent, etc.

Dans le domaine de l'éducation, ce sont à la fois les établissements éducatifs, d'enseignement, de recherche (les instituts, l'Institut de France, les académies, les universités, etc.) ; dans le domaine religieux, les institutions rassemblant les personnes qui suivent les mêmes règles et qui se réfèrent à la tradition, processus idéal d'autoreproduction continue qui traverse, qu'elles le souhaitent ou non, les générations, pour s'actualiser à telle ou telle occasion.

Selon M. Hauriou, professeur de droit, jurisconsulte de la fin du XIX^e siècle, l'institution est une idée et une théorie qui est d'abord le corpus législatif. Elle est mise en œuvre ou réalisée par une action (réalisation dans le milieu social), destinée à durer, donc dotée d'une certaine permanence, voire d'une qualité d'éternité, en utilisant les moyens concrets des établissements (au sens d'Oury [34]) qu'elle se donne. On voit que l'institution, au sens général, ou ces institutions, dans leurs diversités, encadrent et forment le processus de filiation. Mais elles sont plus qu'un moule où se coule ce processus dynamique ; elles lui donnent aussi un supplément de qualité, un label qui se surimprime au fait biologique et peut même s'y substituer,

comme dans le cas de l'adoption où seuls subsistent le lien de droit et le lien symbolique.

Montesquieu distingue les lois qui régissent les actions extérieures des citoyens, leur vie publique et les mœurs ou les coutumes, les manières qui régissent la vie privée, la conduite intérieure, le comportement, et donc le fonctionnement psychique. La filiation régie par le droit peut subir des inflexions ou des variations, non seulement à l'intérieur des pays ou des cultures, mais aussi d'une époque à l'autre, au sein des groupes ou des familles. Ceci a été particulièrement mis en évidence à propos des vives polémiques déclenchées par le vote de la loi sur le mariage pour tous en France, ce qui a été moins le cas dans les autres pays.

Pour Durkheim, il faut distinguer plusieurs paliers des rapports à l'institution en déduction de l'observation des faits sociaux. En effet, la contrainte exercée par les institutions est liée à la morale et varie selon le rapport des individus avec elle : pour que les institutions fonctionnent, il faut qu'elles soient acceptées par les citoyens. La loi doit être respectée, elle doit être aussi acceptée et intériorisée par des mécanismes d'identification. D'où la distinction qu'il opère entre l'anomie, le refus de la loi ou l'absence de loi, l'hétéronomie, où la loi est acceptée, mais seulement de l'extérieur, d'une manière formelle, et imposée de l'extérieur par les détenteurs du pouvoir politique, et l'autonomie, état de celui qui a intériorisé la loi et qui en fait le principe de son comportement personnel.

Ainsi, le lien de filiation sera, de ce point de vue, intériorisé et fera partie du fonctionnement psychique de l'individu auquel il va conférer son identité. On peut envisager sous cet angle toute une série de variations sur ce thème : filiations délictueuses-incestueuses ou incestuelles, filiation hétéronomique, etc.

En application de ces données, on voit combien l'institution intervient pour imprimer ses marques à la filiation. Dans les pays occidentaux, la filiation est d'abord une question de droit. Elle s'appuie sur ce que les juristes appellent la possession d'état : le nom, le prénom, la réputation, etc. C'est le lien de droit qui vient confirmer la relation de l'enfant à ses parents, ou même qui la crée dans le cas de l'adoption comme cela a déjà été évoqué. Il en résulte un système de transmission de l'héritage ou de ce qui est héritable qui vient se superposer plus ou moins complètement à ce qui est transmis par voie génétique. « La référence à la loi, à la légitimité est donc le support, l'ossature du lien de filiation [16]. »

L'axe de la filiation narcissique

Il connote la dimension imaginaire, pourvue d'une grande force affective : roman familial, mythes des origines, pensée magique, fantasme du double ou de la reproduction du même, de la reproduction « parthénogénétique », etc.

Certains événements l'expriment ou la renforcent : mort, suicide, coïncidence mort/naissance... Cette dimension renvoie au fantasme d'immortalité, comme nous le verrons plus loin. Ce fantasme joue un rôle considérable, et on peut dire que plus le lien institué se trouve contesté, du fait de ses singularités ou de ses anomalies, plus le rêve d'une filiation imaginaire,

éventuellement extraordinaire, s'amplifie. J. Guyotat la dénomme ainsi parce qu'elle se base sur le fantasme ou sur le mythe de l'immortalité du sujet et de la reproduction à l'identique ; il rassure le sujet sur l'image qu'il se fait de lui-même et de son intégrité. Cette filiation est dite narcissique par rapport au narcissisme considéré comme « l'amour porté à l'image de soi [25] ». Cette conception du lien signifie qu'on a été là dès l'origine et qu'on y sera encore à la fin des temps. Ce lien exprime une union interne avec l'origine. Il est fusionnel et nie l'hérédité disjonctive de la différence des sexes. Il s'exprime dans différentes mythologies à travers l'image du double, de la parthénogenèse et maintenant du clone. C'est donc une filiation mythique qui relie la mort à la naissance, dont la famille des Atrides ou des Labdacides est l'exemple le plus spectaculaire : meurtre du père, suicide, inceste, homosexualité, mort des enfants, morts dans la généalogie et « mésalliance » dans la mesure où Œdipe est élevé par des parents adoptifs. L'auteur retrouve fréquemment cette chaîne d'événements dans la généalogie de certaines psychoses, le problème restant de savoir s'il faut les considérer comme des facteurs traumatiques du trouble en question ou simplement comme des marqueurs d'une forme d'organisation mentale.

Elle s'accompagne d'une perméabilité transgénérationnelle où le contenu psychique d'un ascendant semble actif comme une inclusion dans le psychisme du descendant. Ceci renvoie aux travaux de Nicolas Abraham et de Mária Török qui eux, cependant, n'en affirmaient pas le caractère transgénérationnel.

L'auteur a souvent été frappé par la fréquence des idées délirantes de télépathie dans les délires de filiation dont il sera question plus loin, comme des particularités du fond mental qui en résultent : hyperinvestissement des coïncidences, des anniversaires, périodes de confusion dans le temps, erreurs de dates, brusques intuitions sur la vie privée d'un soignant, importance des croyances magiques.

Il a montré aussi que le lien narcissique était le lieu du retournement en miroir des positions idéologiques, le lieu de la conversion, à propos notamment de commentaires sur l'affaire Lyssenko.

À ces définitions doit s'en ajouter une supplémentaire qui a trait à l'anthropologie : le groupe de filiation est celui qui est composé des personnes qui disent être issues d'un ancêtre commun. Cette définition met l'accent sur le caractère vertical, généalogique de la filiation, sur l'arrangement des générations et par extension sur la filiation des idées, celle des institutions, impliquant un aspect du principe de causalité. Cette définition regroupe les aspects réels et imaginaires de ce lien, le point de vue du sujet et celui du groupe auquel il appartient à son égard, la lignée des ascendants et des descendants, ce qui implique la relation étroite entre filiation et puerpéralité.

Puerpéralité

Ce terme de puerpéralité que l'auteur a repris de la notion de psychose puerpérale désigne à la fois l'enfant et l'enfantement, ce qu'il appelait volontiers dans le contexte actuel relevé par J. Testart [37] puisque le problème se pose

de plus en plus : « la fabrication des enfants ». La clinique nous montre de façon évidente que la gestation d'un enfant et sa naissance remettent en cause pour un sujet donné son lien de filiation avec toutes les singularités qui peuvent qualifier ce lien.

L'identité

Curieusement, ce terme qui désigne une réalité importante en psychopathologie est souvent employé, mais peu défini. Il ne figure pas dans la plupart des manuels ou des traités, et notamment pas dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* de J. Laplanche et B. Pontalis [24]. L'identité est la fonction de base de la personnalité. Elle est le socle sur lequel elle repose. Elle suppose l'articulation de deux parties du sujet qui sont par ailleurs intimement liées, l'une regardant l'autre et se comparant à elle pour s'y trouver identique. Selon Lipiansky [28], l'identité du sujet résulterait de l'articulation de deux composantes : l'identité du soi et l'identité du moi. Le soi serait l'aspect spécifiquement autoperceptuel. Cet aspect contiendrait trois niveaux : la perception de soi qui serait l'ensemble des perceptions primaires brutes, le concept de soi qui serait l'ensemble des représentations de soi et le sentiment de soi qui en serait la dimension affective. L'identité du moi renverrait aux fonctions cognitives actives et adaptatives, tournées vers la réalité extérieure. Ainsi, l'identité serait à la fois un processus cognitif et affectif par lequel le sujet se conçoit et se perçoit, mais aussi la structure psychique qui résulte de ce processus. « C'est avec cette structure interne que le sujet va appréhender non seulement sa propre personne, mais également le monde qui l'entoure. » Ainsi, l'identité est un système dynamique à la fois processus et structure qui, bien qu'en construction permanente, demeure une organisation stable. Interne au sujet, elle est également en interaction avec l'extérieur : « Le soi représente le pôle complètement interne. Le moi est tourné vers la réalité extérieure et, au moyen de ses fonctions actives et adaptatives, il permet au sujet de s'accommoder à son environnement. » Les dimensions sociales (l'environnement, l'extérieur) et individuelles (internes au sujet) de l'identité s'interpénètrent donc intimement.

Le terme d'identité est donc plus complexe à définir d'un point de vue général. Unité profonde d'un être avec lui-même, sous des dehors changeants : c'est ce qui est identique à soi-même et ce qui ressort de la reproduction à l'identique. Pour le *Petit Robert* [36], c'est « le fait pour une personne d'être tel individu et de pouvoir être légalement reconnue pour tel sans nulle confusion grâce aux éléments (état civil, signalement) qui l'individualisent » (p. 1304). Nous devrions plus insister dans cette définition sur la construction que fait l'individu de sa propre identité pour qu'elle soit reconnue comme telle, une construction progressive au même titre que se construit le lien de filiation. Mais dans l'immédiat, nous pouvons remarquer que la carte d'identité et la fiche d'état civil nous proposent bien les repères par lesquels un individu se reconnaît et est reconnu comme tel : patronyme, prénom, sexe, âge, origine familiale (connue ou inconnue), origine nationale, lieu de naissance, situation matrimoniale, domiciliation

et enfin photo du visage et quelques signes dits particuliers comme des cicatrices éventuelles, la forme du nez... L'identité est donc aussi liée à ses marques dans le corps et le sera davantage encore à l'avenir puisqu'elle est reconnue par ses marques dans la biométrie : empreintes génétiques, dermatoglyphie, iridométrie, etc. C'était du moins le cas dans les anciennes cartes d'identité, cela reste partiellement vrai pour les nouvelles. Par ces repères, un individu peut être identifié dans notre culture. Dans d'autres, cela sera par son appartenance à une communauté, par son métier, sa religion où il sera moins d'ailleurs individualisé que fondu dans le groupe, uniforme.

Ce qui nous préoccupe ici est l'identité d'origine, car c'est elle qui est atteinte en pathologie mentale, du moins dans notre culture. Nous sommes, en effet, frappés par la coexistence en pathologie mentale de troubles de l'identité et de la filiation.

Au-delà de ces définitions, le concept de filiation est bien un concept transversal qui intègre différents axes, tant réels et biologiques, institutionnels et symboliques, qu'imaginaires et narcissiques. L'utilisation de ce concept renouvelle et apporte une dimension supplémentaire aux conceptions psychopathologiques classiques. Nous verrons dans la deuxième partie comment ce processus de filiation peut être perturbé dans certaines maladies mentales et l'usage que nous pourrions en faire dans une approche clinique et psychothérapique.

Troubles de la filiation

La psychopathologie de la filiation est maintenant bien connue. J. Guyotat rappelle qu'elle peut être décrite sous des registres différents : filiation pathologique d'une part et filiation traumatique d'autre part, ces deux séries pouvant s'entremêler bien plus qu'on ne le croirait a priori.

Les filiations délirantes

Parmi les filiations pathologiques, on peut décrire tout d'abord les filiations délirantes dont la plus connue est le délire de filiation. Bin Kimura [22] a par ailleurs décrit un délire de négation des origines. Dans le premier cas, le patient remplace ses parents réels par des parents, le père notamment, prestigieux, le plus souvent morts de mort violente tels Louis XVI, Nicolas II ou Kennedy, par exemple. Cette filiation délirante comme celle des Atrides véhicule en effet le meurtre, et ainsi les meurtres d'enfants apparaissent comme une forme de négation de la filiation descendante. Inversement, le délire de négation des origines remplace les parents de sang par des parents adoptifs. L'identité biologique d'origine est en quelque sorte recouverte par une identité instituée, celle de l'état civil.

Les filiations traumatiques

Associées ou non aux filiations délirantes, elles sont caractérisées par l'existence dans l'histoire du sujet, de sa famille ou de sa lignée d'un certain nombre de singularités ou d'événements qui les marquent.

On peut ainsi brièvement évoquer :

- la disjonction du lien de sang et du lien institué, ce qui dans notre culture est le cas de l'adoption, mais aussi de certaines procréations médicalement assistées, lesquelles font d'ailleurs s'entremêler le médical et le sexuel ;
- les doutes sur le père ;
- le changement de patronyme dans l'enfance ;
- le fait d'être le dernier d'une lignée (syndrome de l'entonnoir), mais aussi d'être un enfant unique, la gémellité, la mort prématurée d'un des parents, les enfants morts dans la lignée, l'enfant posthume, la coïncidence mort/naissance, mais aussi le suicide, le meurtre dans la famille, les maladies héréditaires au sens de la génétique médicale...

Ces caractéristiques peuvent être recherchées lors d'entretiens avec le patient et font partie de l'analyse, qui paraît indispensable chez tout patient, de la structure de son lien de filiation. On en trouvera un exemple plus loin. Elles doivent être en tout cas, de l'avis de l'auteur, recherchées à propos de n'importe quel tableau clinique, dépressif, psychotique, état limite...

Du point de vue psychopathologique, la notion de trauma psychique paraît la plus adéquate et plus précisément le trauma transgénérationnel : il est certain que des événements collectifs comme ceux décrits comme génocidaires peuvent provoquer dans la descendance le même type de traumatisme avec les mécanismes évoqués plus haut.

Les psychoses puerpérales et la notion de puerpéralité

La psychose puerpérale est un modèle pour la compréhension psychopathologique de la puerpéralité. Nous la définissons comme un délire de filiation projeté sur la descendance. Dans les cas typiques, la patiente projette sur son enfant son double mis à la place de l'enfant réel accouché. Cette image narcissique porte en elle à la fois un narcissisme de vie et un narcissisme de mort, d'où le risque de meurtre et surtout de suicide altruiste. Racamier [35], à la suite d'autres auteurs anglais ou américains, a montré l'intérêt thérapeutique de la présentation prudente dans un deuxième temps de l'enfant à sa mère, dans une sorte d'épreuve de réalité. Dans notre expérience, nous avons constaté sa valeur positive, son intérêt psychopathologique est lui aussi évident. Depuis longtemps, l'importance de la problématique familiale dans ces cas avait été notée, ne serait-ce que l'absence ou le doute sur qui est le père de l'enfant et de la patiente.

Dans une étude récente, Klompenhouwer [23] a montré sur 281 cas de psychoses de post-partum la fréquence de symptômes tels que désorientation, confusion, dépersonnalisation, troubles de l'identification d'autrui dont les plus classiques étaient la confusion du père et du mari, et enfin l'allure kaléidoscopique du tableau clinique au fil des jours.

D'autres publications à partir de quelques cas suivis au long cours ont décrit l'association de psychose puerpérale et d'illusion de Fregoli ou du syndrome de Capgras [9,33]. Nous y reviendrons plus loin à propos des

troubles de l'identité. Nous pourrions presque dire que, dans la psychose puerpérale, la patiente confond sa propre activité mentale avec son activité puerpérale, ce qui est caractéristique de la psychose puerpérale par rapport aux psychoses où cette étiologie n'est pas retrouvée.

La psychose puerpérale n'a pas toujours cette symptomatologie et cette évolution exemplaire. La fréquence de cas familiaux de syndrome maniaco-dépressif doit aussi être notée. Le problème est différent de celui de la schizophrénie qu'il n'est pas question de détailler ici, sauf pour marquer l'importance de l'évolution de la schizophrénie dans la situation puerpérale. Sa compréhension et le travail psychothérapique qui peut être engagé chez de telles patientes en de telles occasions sont souvent déterminants dans l'évolution positive ou au contraire péjorative de la maladie par la suite. L'analyse de leur lien de filiation, comme nous en avons publié plusieurs observations [30,31], est indispensable pour la compréhension de tels cas.

Les dépressions puerpérales sont fréquentes avec une incidence de près de 10 % sur l'année après l'accouchement [4]. La prévalence de cette dépression est importante dans le développement des premières interactions mère/enfant. Nous n'insisterons pas sur ce point, mais nous renvoyons aux travaux de L. Murray et P. J. Cooper [32] et à ceux de S. Lebovici.

Les troubles de l'identité

Troubles délirants de l'identité ou troubles de l'identification d'autrui

Il s'agit là de ce que les auteurs anglo-saxons regroupent sous le vocable de *delusional misidentification syndromes*. Cette étiquette regroupe plusieurs syndromes :

D'abord, le délire d'illusion des sosies de Capgras, ou illusion des sosies, ou délire d'illusion des sosies, ou encore syndrome de Capgras : si le patient identifie la physionomie des visages, il a la conviction délirante que les personnes ont été remplacées par des sosies. Décrit par J. Capgras et son assistant J. Reboul-Lachaux [5], ce syndrome est affilié au groupe des troubles délirants de l'adulte [11] : le délire consiste à méconnaître l'identité d'un proche malgré une reconnaissance formelle préservée, le patient arguant le remplacement de ce dernier par un imposteur, un sosie, une personne lui ressemblant, se justifiant par l'énumération de détails qui renforce la conviction délirante : ce ne sont pas vraiment ses cheveux, la couleur de ses yeux. Les patients supportent mal la proximité de ces sosies, sans nom ni individualité.

Les auteurs décrivent le cas d'une dame persuadée que son époux avait été remplacé par un sosie, envisageant même de le tuer à l'aide d'un fusil. Dans un autre cas, une mère affectée d'un délire chronique croyait que son enfant avait été remplacé par une multitude de doubles identiques, ce qui n'est pas sans rappeler les microdélires pouvant se développer dans le post-partum de remplacement d'enfant par un autre, microdélires se

manifestant parfois bien des années après l'arrivée de l'enfant, par exemple à sa majorité. De nombreuses histoires à ce sujet ont été écrites.

Ce syndrome s'observe dans les schizophrénies, les délires chroniques, les démences, la maladie de Parkinson ou au décours d'une lésion cérébrale. Dans les théories récentes des neurosciences cognitives, ce syndrome serait lié à une dissociation de la perception des visages séparant le sentiment de familiarité de la reconnaissance des traits de physionomie en dehors de toute prosopagnosie : les patients reconnaissent les traits du visage, mais leur cerveau n'accède pas à l'information affective associée au visage en question. Ainsi, sans émotion ni vécu de familiarité, ils interpréteraient leur sensation de reconnaissance de façon délirante, croyant qu'un sosie aurait remplacé l'être proche.

Ensuite, dans le syndrome de Fregoli, un étranger X est faussement reconnu comme un familier Y, même s'il n'y a aucune ressemblance entre X et Y, avec souvent des idées de persécution et d'espionnage... Ce type d'hyperidentification se caractérise par le fait que les patients sont convaincus que des individus désireux de leur nuire ou de les influencer se déguisent pour assumer l'identité d'autres personnes.

Puis, dans le syndrome des doubles subjectifs, un individu X est remplacé par un double du patient lui-même.

Enfin, dans le syndrome d'intermétamorphose, un individu X est transformé physiquement et psychiquement en individu Y.

Troubles dissociatifs

À côté des troubles délirants de l'identité existent des troubles dissociatifs au sens donné à ce terme par le DSM-IV ou la CIM-10, et non pas au sens de la psychiatrie française classique. Ceux-ci sont alors très nettement associés à des troubles de la filiation comme ceux dont un exemple sera donné plus loin pour en montrer le mécanisme. On sait l'importance aux États-Unis de l'épidémie de troubles de la personnalité multiple, mieux nommés dans le DSM-IV troubles de l'identité d'origine dissociative, dans les années quatre-vingt-dix. On en parle moins actuellement. Selon la définition de la CIM-10 [7] du trouble de la personnalité multiple : « trouble rare et controversé ; en particulier, on ignore dans quelle mesure il est iatrogène ou spécifique d'une culture donnée. Il se caractérise essentiellement par l'existence apparente chez une même personne de deux ou de plusieurs personnalités distinctes, l'une d'entre elles seulement se manifeste à un moment donné. Chaque personnalité est au complet avec ses propres souvenirs, affinités et comportements parfois très différents de ceux de la personnalité prémorbide (unique) » (p. 143).

Il suffit de lire quelques-uns des cas décrits en détail à l'occasion d'un procès pour meurtre, vol ou cambriolage, commis par l'une de ces personnalités multiples, pour s'apercevoir que la filiation de ces sujets est perturbée. Un événement traumatique comme un viol ou des sévices physiques perpétrés par le père, la mère ou leurs substituts sont donnés comme étiologie à ces personnalités multiples avec la demande de réparation financière

éventuelle. Ce qui est ici mis en place au lieu des parents, ce n'est pas un ancêtre prestigieux ni un parent dont on ne reconnaît pas la filiation de sang, mais un parent moralement meurtrier, de même que les descendants d'un génocide considèrent l'événement même du génocide comme leurs origines, à la place de leurs propres ancêtres. Sous son ombre se cachent les parents réels, impuissants et honteux, qui n'ont rien pu faire pour l'éviter. Mais aux États-Unis, dans le cadre légitime d'un procès, l'argent peut réparer le meurtre originaire. Quel est, dans une société donnée, le rapport entre identité et investissement de l'argent ?

Nous avons personnellement rencontré deux cas qui étaient manifestement en rapport avec des troubles de la filiation.

Dans le premier, une femme d'âge moyen, professeur d'enseignement secondaire dans un lycée lyonnais, était très estimée par ses collègues, ses élèves et leurs familles. Un jour, elle disparut sans laisser de trace. Le proviseur du lycée pensait qu'elle était malade et tenta de la joindre à son domicile, en vain. Il resta sans nouvelles d'elle pendant plusieurs mois. Elle réapparut au bout de ce temps, dans des conditions dramatiques, extrêmement déprimée et anxieuse et se retrouva au service d'accueil de notre hôpital où elle s'était adressée sans savoir comment, d'une manière qu'elle décrivait comme quasi automatique. Elle fut dirigée dans notre service et elle nous raconta sa mésaventure. Sans raison, elle partit en train pour Paris, sans s'inquiéter de savoir comment elle réglerait ses affaires, sans prévenir qui que ce soit, surtout son employeur, le proviseur du lycée, sans s'inquiéter de son absence irrégulière. « J'étais devenue quelqu'un d'autre, disait-elle, tout en restant moi-même, mais j'avais tout oublié, mon travail, ma réalité quotidienne ; je vivais comme dans un état de rêve éveillé... » Arrivée à Paris, elle vécut dans un hôtel modeste, d'une manière très fruste, mais très agréable. Elle se nourrissait gratuitement des restes qu'elle récupérait sur les marchés, fréquentait de nombreuses conférences gratuites du genre des cafés littéraires ou scientifiques, visitait des musées, rencontrait de nombreux étrangers dont elle faisait la connaissance, se promenait, fréquentait les bibliothèques. Elle ne présenta jamais aucun trouble du comportement et n'attira jamais d'une manière ou d'une autre l'attention. Un jour, elle passa devant la gare de Lyon et son regard se posa sur la grande horloge qui se trouve devant cette gare. « Ce fut comme un choc, dit-elle. Le mot "Lyon" résonna dans mon esprit et je me souvins alors que j'avais tout quitté brusquement sans m'en rendre compte... » Elle fut prise d'une intense angoisse, alla prendre ses affaires et rentra par le premier train. Perdue, elle se précipita, sans y réfléchir, vers notre hôpital où elle fut admise dans un état de grand bouleversement émotionnel. Cette émotion calmée, nous pûmes reprendre plus calmement son histoire dans une série d'entretiens psychothérapeutiques. Cette femme avait vécu une enfance dramatique à Paris. Son père avait quitté le domicile conjugal avec sa sœur cadette alors qu'elle avait dix ans et elle était restée seule avec sa mère, alcoolique au dernier degré, qu'elle soigna tant qu'elle le put et qu'elle accompagna dans ses derniers instants. Elle la fit enterrer dans un cimetière de la capitale. Elle continua ses études avec beaucoup de difficultés et de courage et elle ne

fit jamais complètement son deuil. Elle ne put jamais se marier et trouva dans l'exercice de sa profession d'enseignante une manière de sublimer le rôle maternel qu'elle ne put jamais véritablement assumer. En racontant son histoire avec beaucoup d'émotion, au cours des différentes séances de psychothérapie, elle prit soudain conscience a posteriori du sens de son voyage impromptu et impulsif, éprouvant comme une sorte de choc en retour, analogue à celui qu'elle avait éprouvé en voyant l'horloge de la gare de Lyon, à Paris : elle avait voulu aller retrouver le souvenir et l'image de sa mère et achever son deuil en retournant sur sa tombe où, en fait, elle allait se recueillir tous les jours, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps.

Cette curieuse histoire évoque bien à la fois un syndrome de dépersonnalisation brutal et l'apparition d'une personnalité alternante ou double associée à un trouble de la mémoire comme on les décrit classiquement dans les formes psychiques de l'hystérie auxquelles on peut faire correspondre ce que les Américains et les classifications internationales actuelles dénomment trouble de la personnalité multiple (*multiple personality syndrom* ou *MPS*) évoqué ci-dessus. Ce trouble, accompagné d'importantes crises émotionnelles d'angoisse, notamment lors de ses prises de conscience déclenchées apparemment par des événements sans importance objective, mais qui révèlent le travail inconscient qui s'opère chez cette patiente, est mis en relation par elle avec son enfance et sa filiation traumatique : son abandon par son père, sa vie très difficile et douloureuse consacrée à soigner sa mère alcoolique et la poursuite de ses études, qui grâce à un surinvestissement considérable la sauvait de l'ambiance mortifère dans laquelle elle vivait. Elle put ainsi, grâce à cette prise en charge psychothérapique, reconstituer son histoire, retrouver un certain équilibre, reprendre une petite vie modeste, mais elle est toujours déprimée, suivie et n'a jamais pu reprendre son travail.

Le deuxième cas est celui d'une jeune étudiante de vingt-deux ans qui vivait dans sa famille. Elle se réveilla un jour, à sa grande surprise, dans une chambre d'hôtel dans laquelle elle fut étonnée de se trouver. Elle y avait, en fait, vécu plusieurs jours, mais avait complètement oublié ce qu'il s'était passé et ne se souvenait pas d'y être arrivée. Comme elle désirait rentrer dans sa famille, elle téléphona à son père qui vint la chercher immédiatement et régla la note, car elle n'avait pas assez d'argent sur elle. Elle ne pouvait comprendre ni s'expliquer ce qu'il s'était passé, ayant tout oublié depuis le début. La famille qui avait fait effectuer des recherches par la police fut rassurée, mais en même temps inquiète de cet incident insolite. Le père nous l'amena en consultation. Nous fîmes effectuer le bilan nécessaire pour éliminer, entre autres troubles organiques, une épilepsie temporale. Le bilan ne montra aucune anomalie. En entretien, la malade nous raconta combien elle étouffait dans sa famille, trop affectueuse et hyperprotectrice, mais aussi très rigide. Elle ne pouvait jamais sortir seule. Son père l'accompagnait et venait la chercher à la faculté, ou pour aller chez des amis, ou faire des courses, etc. Le père, très autoritaire, n'acceptait aucune discussion. Elle était très obéissante, mais souffrait intérieurement beaucoup et ne pouvait parler à personne de sa situation difficile. Là encore, cet épisode évoque une

fugue amnésique de type hystérique avec double personnalité, en rapport manifeste avec un conflit familial et donc un trouble de la filiation.

Une psychothérapie fut conseillée, dont la proposition fut rejetée par le père avec une certaine irritation. L'année suivante, c'est à Sidney, en Australie, que la malade se retrouva, toujours dans un hôtel, ébahie, ne sachant pas comment elle avait pu prendre l'avion ni comment s'étaient déroulés les événements. Nous ne connaissons pas la suite et demeurons perplexes sur cette histoire qui est pourtant bien réelle, mais le rapport avec un trouble de la filiation, ou du moins avec un conflit œdipien non résolu, paraît évident.

Cependant, ce genre de cas est tout de même rare dans notre culture. On peut remarquer aussi que les publications américaines n'en font plus beaucoup état, à notre connaissance, après une période de mode importante. Par contre, ce que nous voyons en Europe, en très petit nombre il est vrai, ce sont des amnésies d'identité, toujours dans le registre du trouble dissociatif. L'auteur en cite brièvement deux cas :

- Le premier, publié par D. Marcelli [29], décrit, chez un adolescent, une amnésie d'identité qui a duré deux mois à la suite de la découverte par ce sujet de son père pendu dans la cave. Le contexte de l'observation laisse entendre que la mère s'est rapidement retrouvée avec un homme qui s'est substitué « facilement » au père d'origine. La mère a réussi à retrouver son fils à la suite de photographies de lui dans la presse : reconnaissance du fils par la mère, substitution imaginée du père par le fils.
- La deuxième histoire est tout à fait différente et décrit le cas d'un patient de vingt-trois ans suivi au début en psychothérapie par l'auteur. En état dépressif, il est très affecté par une récente rupture sentimentale. Son amie mariée lui a annoncé qu'elle était enceinte au cinquième mois et qu'elle et son mari étaient décidés à garder l'enfant quel que fût le père. Son amie refuse de procéder à une confirmation biologique de la paternité et décide de rompre. Le patient vient à deux séances de psychothérapie, calme, presque indifférent. À la suite de la quatrième séance où il se montre plus distant, il se représente une heure plus tard à la réception pour réclamer un médecin comme s'il venait pour la première fois, cependant sous le même nom. Il nie être déjà venu lorsque le réceptionniste fait mine de le reconnaître. Or, le patient se trouve lui-même n'avoir pas été reconnu par son propre père ; sa mère, elle-même enfant placée au service d'aide départementale à l'enfance, l'a placé dans une famille de trois à huit ans.

Nous avons rencontré un autre cas : une femme d'âge moyen était amenée par la police aux urgences, ne se souvenant plus de son nom, de son prénom ni de son adresse. Elle avait demandé son chemin ne sachant plus où elle se trouvait et était partie sans son sac. Elle n'avait donc pas ses papiers sur elle. Elle resta ainsi hospitalisée pendant trois mois, sans présenter d'autres symptômes. Tous les bilans restèrent sans anomalie, y compris le bilan psychologique. Il ne s'agissait notamment pas d'un ictus amnésique : elle suivit le rythme de la vie hospitalière sans difficulté, le seul problème étant qu'on ne savait pas qui elle était : les recherches restèrent vaines, mais un jour, brusquement, à son réveil, ses souvenirs lui revinrent. Elle

put décliner son identité et se rappeler son adresse : elle vivait, du reste, sur le territoire de notre secteur psychiatrique. Elle put sortir le jour même. Elle se rappela qu'elle avait quitté son domicile à la suite d'une violente querelle avec son mari. Un tel épisode se répéta plusieurs fois en quelques années, d'une manière toujours strictement identique. Elle présentait aussi dans son histoire des singularités de la filiation. On voit donc, dans cet exemple, le lien entre un trouble momentané d'identité, exactement une amnésie lacunaire, une amnésie d'identité et un trouble du lien de filiation.

D. Widlöcher [38] a décrit dans un article, *L'hystérie, maladie de la mémoire*, un exemple clinique voisin en ce qui concerne particulièrement la relation avec le psychothérapeute. Mais dans ce cas, on ne sait pas ce qu'il en est du lien de filiation de la patiente.

J. Guyotat [13] rapporte le cas d'un patient ayant présenté une amnésie d'identité au cours d'une fugue. Il a été amené à le faire transporter jusqu'à son lieu de naissance qu'il a retrouvé dans un deuxième temps et à lui faire donner son extrait de naissance, ceci pour tenter de l'ancrer dans son identité.

Satoshi Kato a publié aussi une belle observation d'amnésie d'identité chez un patient azoospermique, sollicité de divorcer par une amie qu'il avait rencontrée depuis quelques mois. Il se réfère d'ailleurs à notre recherche sur le lien de filiation à cette occasion.

Ces amnésies d'identité ont des caractéristiques précises : elles sont découvertes à l'occasion d'une fugue. Le sujet présente l'incapacité soudaine d'évoquer des souvenirs personnels importants. Si l'évocation est perturbée, la fixation ne l'est pas, elle porte sur un fragment du passé (lacunaire) ou sur un événement précis et parfois sur la vie entière. Dans le cas de l'amnésie d'identité, le sujet ne peut donner son nom, son adresse, ne peut se référer à quiconque de la famille, de sa filiation, ne peut localiser son domicile. Ce tableau clinique spectaculaire évoque souvent l'image du voyageur sans bagage [1].

Filiation narcissique/reproduction à l'identique

Nous avons décrit dans la structure du lien de filiation, à côté d'un axe (ou d'une logique) de la filiation instituée, d'une logique de la filiation biologique (de produits du corps à produits du corps), une logique de la filiation narcissique. On peut la comprendre comme une façon fondamentale, principielle, que l'esprit humain a de penser la filiation comme une reproduction du même ou à l'identique. F. Héritier [18] a bien montré, dans son livre *Masculin/Féminin : la pensée de la différence*, comme il est trivial que l'être humain, dans son fonctionnement mental, pense sous toutes les cultures selon les catégories de l'identique et du différent, la catégorie du différent étant pensée à partir de la différence des sexes. La reproduction à l'identique semble pouvoir se penser à partir du rythme jour/nuit, saisons... Dans les mythologies et dans la plupart des cultures, ce schéma resurgit avec l'idée du double, de la parthénogenèse, alimentée aussi par quelques singularités de la nature humaine comme celle des jumeaux, et notamment des jumeaux

homozygotes. Chez tout individu existe un fantasme d'immortalité dont la construction s'appuie sur la logique de la reproduction du même, d'un même soi-même de génération en génération.

On cite souvent la phrase de Freud de la *Traumdeutung* (1900) : « cet étrange roman dans lequel l'identité d'un personnage se maintient pendant une succession de générations de deux mille ans [12] » et on peut remarquer que les idéologies totalitaires expriment souvent ce mythe à partir d'une origine dont le peuple, qui est concerné, descendrait par émanation (pour reproduire une expression cathare) et qui se perpétuerait de génération en génération dans les mille ans à venir comme l'exprimait l'idéologie nazie.

Cette façon de penser à la filiation élimine l'histoire et ce qui est institué progressivement par le groupe social. Elle transparait tant dans le délire de filiation que dans la psychose puerpérale et les troubles majeurs de l'identité qui peuvent d'ailleurs être vécus sous la forme du double et d'un double éventuellement maléfique. Sur le plan du fonctionnement mental, on peut se demander s'il ne s'agit pas alors d'une incapacité de ces patients à séparer la représentation implicite d'eux-mêmes et de leur propre pensée de celle de la pensée des autres. Dans ce sens, semble-t-il, les recherches cognitivistes actuelles sur la psychose peuvent nous apporter beaucoup. Mais il s'agissait simplement de montrer que c'est aussi une catégorie totalitaire du fonctionnement de l'esprit humain avec le risque que se développe l'inverse de l'immortalité, c'est-à-dire le meurtre.

Ces réflexions nous amènent à évoquer ce que l'on appelle actuellement la mémétique : l'étude des mêmes. L'*Oxford English Dictionary* définit le même comme un « élément d'une culture pouvant être considéré comme transmis par des moyens non génétiques, en particulier par l'imitation ». La mémétique est une théorie de l'évolution, dans un sens darwinien, des codes et schémas culturels réplcatifs, appelés mêmes, dans leur habitat, l'homme et tout support d'information. Elle peut être vue comme une généralisation de la théorie de l'évolution, du biologique vers l'informationnel. Elle se positionne ainsi comme une approche pluridisciplinaire qui tend à regrouper tout courant évolutionniste non biologique. La tendance d'une généralisation de la théorie de l'évolution s'observe ainsi dans des domaines aussi variés que ceux de l'intelligence artificielle, les neurosciences, la systémique, la psychologie ou la sociologie. Par exemple, les chercheurs en intelligence artificielle utilisent l'algorithme génétique pour résoudre des problèmes non biologiques, en modélisant des créatures virtuelles.

Les méméplexes sont des ensembles de mêmes qui, une fois associés, optimisent leurs chances de se répliquer ; tout comme les gènes, lorsqu'ils sont associés dans un organisme, optimisent leurs chances d'être conservés par la sélection naturelle. Par exemple, les religions sont des méméplexes particulièrement adaptés à leur environnement. Le terme de mémétique a été proposé pour la première fois par R. Dawkins dans son ouvrage *Le gène égoïste* [8], néologisme associant les mots génétique et mimesis (du grec, « imitation »). On voit ainsi le rapport qui peut être établi avec notre théorie de la filiation qui pourrait s'apparenter à des méméplexes.

Tentatives de vérification

Cette étude peut faire l'objet d'une vérification plus systématique. Les différents éléments caractérisant la pathologie du lien de filiation ont été réunis sous la forme d'une grille d'items ([tableau 8.1](#)) dont on peut constater la présence ou l'absence dans un certain nombre de cas cliniques. On peut alors en calculer la fréquence et la concordance avec certains diagnostics ou avec des circonstances déclenchantes de troubles. En fait, cette grille s'apparente plus à un outil de repérage systématique de marqueurs qu'à une véritable échelle d'évaluation. J. Guyotat [15] l'avait ébauchée dans une étude consacrée à la réaction thérapeutique négative dans certaines formes de dépressions résistantes [21]. Dans un autre travail, nous avons tenté de vérifier l'intérêt de ces critères pour différencier les deux grands types de psychoses durables que nous avons déjà rappelés [17].

On peut également constater une inflation du lien narcissique lorsque le lien institué est atteint et lorsque surviennent dans la lignée des événements répétitifs, comme si le destin organisait la reproduction du même.

- Naissance illégitime :
 - mort violente ou prématurée du père,
 - transmission de l'argent,
 - transmission du droit,
 - titularisation dans une fonction ;
- Filiation narcissique :
 - répétition enfant mort,
 - enfant de remplacement,
 - coïncidence mort/naissance,
 - atteinte congénitale,
 - suicide,
 - répétition d'événements pathologiques,
 - jumeau, jumeau, jumeau,
 - infécondité ou stérilité,
 - état dépressif gravidique ou puerpéral,
 - troubles de l'érection,
 - syndrome de l'entonnoir,
 - désir d'interruption de la lignée,
 - confusion des générations,
 - erreurs de dates,
 - complexes de croyance.

Dans la thèse de M. Jurus [21], J. Guyotat a émis l'idée que l'un des principaux facteurs de résistance au traitement de certaines formes de dépressions graves pouvait être, à côté des nombreuses hypothèses émises concernant l'intervention de facteurs biologiques, un facteur psychogène analogue à ce que Freud et de nombreux autres analystes à sa suite ont décrit comme une réaction thérapeutique négative (RTN). L'auteur a voulu vérifier si cette

Tableau 8.1**Grille de la filiation (d'après Jaoul [20])**

A. Axe de la filiation instituée ou symbolique : agencement des lois et des actes		
1. Transmission par le langage : transmission du nom permettant le repérage générationnel		
Item n° 1	Père inconnu	
Item n° 2	Doute sur la filiation	
Item n° 3	Changement de patronyme	
Item n° 4	Enfant illégitime ou adultérin	
Item n° 5	Situations d'abandon ou d'adoption	
2. Transmission en dehors du langage : agencement des actes découlant de la première enfance		
Rupture de lien ou de transmission, qui peuvent fonctionner comme une attaque du réseau symbolique, indépendamment de la perte affective		
Item n° 6	Décès précoce du père (ou des grands-pères)	
Item n° 7	Enfant élevé en dehors de la famille	
Item n° 8	Situations de mise hors filiation	
Item n° 9	Rupture de lien avec les ascendants ou avec une partie importante de la famille	
Item n° 10	Délai pour la reconnaissance après la naissance	
Item n° 11	Mésalliance	
3. Atteinte grave de la fonction paternelle		
Item n° 12	Défaillances paternelles (abus, violence, défaut de soins)	
B. Axe de la filiation narcissique : croyance en la reproduction du même		
Elle est dite narcissique, car associée à un fantasme d'immortalité, à partir du mythe d'un ancêtre prestigieux		
Item n° 1	Coïncidence mort/naissance	Un vivant remplace un mort
Item n° 2	Enfant mort en bas âge	Peu symbolisable, associé à un monde imaginaire
Item n° 3	Enfant de remplacement	Associé au fantasme de réincarnation
Item n° 4	Atteintes congénitales ou difficultés néonatales	Associées à de nombreuses croyances
Item n° 5	Répétitions d'atteintes pathologiques ou d'événements dramatiques	Le destin organise
Item n° 6	Suicide chez les ascendants	La mort équivaut à une naissance ; changement de lignée
Item n° 7	Gémellité	Image du double

Tableau 8.1
Grille de la filiation (d'après Jaoul [20]) (Suite)

Item n° 8	Situations particulières de puerpéralité concernant la reproduction	IVG ou ITG, fausse couche, infécondité et stérilité, dépression du post-partum
Item n° 9	Désir d'interrompre la lignée	Toute-puissance sur la lignée
Item n° 10	Syndrome de l'entonnoir	Idem
Item n° 11	Confusion des générations	Attaque du repérage générationnel
Item n° 12	Erreurs de dates	Idem
Item n° 13	Secrets familiaux	Ce qui n'est pas dit crée un trou dans la trame symbolique

RTN pouvait être en relation ou non avec d'éventuelles singularités du lien de filiation. Dans un nombre, certes très limité, de dépressions graves et résistantes, dont les observations n'étaient pas par ailleurs tirées au sort, un premier sondage a montré que cette corrélation pouvait être retrouvée. En effet, il se dégage de cette étude une concordance très précise des singularités de la filiation narcissique et de la réaction thérapeutique négative ; ce premier sondage justifiait une étude de plus grande ampleur.

Dans sa thèse, D. Barquero [3] a validé pour la première fois cette grille de filiation par des outils statistiques en reprenant les dossiers médicaux de quatre-vingts patients psychotiques tirés au hasard dans les archives des services du CHU de psychiatrie de Lyon. Cette étude a été confirmée par une recherche de Chambon et al. [6] qui validait aussi des critères différentiels de psychoses selon deux types. Ainsi, dans ces deux études, le groupe de psychoses de type 2 se différencie par les singularités de la filiation instituée : transmission du nom, illégitimité, erreur sur les dates, suicide ou tentative de suicide.

D'autres recherches encore apportent des résultats convergents, notamment une recherche linguistique de L. Irigaray [19] qui montre la fréquence des perturbations des structures linguistiques observées dans les cas de schizophrénie. Dans 50 % des cas de schizophrénie, les erreurs, beaucoup plus fréquentes que dans un groupe témoin, portent sur l'ordre des générations (les enfants du père sont nommés cousins), sur les alliances (confusion de la latéralité par alliance avec la latéralité consanguine) ou sur l'inversion des générations, etc.

Ficheux et al. [10] ont validé un questionnaire visant à rechercher l'existence de composantes familiales dans l'étiologie des troubles psychiatriques. Sans insister sur l'exposé d'une méthodologie rigoureuse, mais assez complexe, une différence très nette et significative apparaît entre un groupe de sujets issus de la population générale et un groupe de malades psychotiques qui expriment un nombre très supérieur d'opinions reflétant des perturbations de leurs relations familiales, avec, en particulier, une filiation conflictuelle.

Enfin, dans une étude ayant comparé trente hommes infertiles à trente sujets témoins, et en utilisant la grille de filiation, les premiers présentaient d'une manière significative des singularités de leur filiation [20].

On peut considérer, sur la base de ces travaux qui n'ont pas soulevé jusqu'alors d'objections majeures malgré un certain nombre de biais, que les critères distinctifs des psychoses de type I et de type II ainsi que la grille de filiation (qui entre par ailleurs dans ces critères distinctifs) ont reçu une première validation. Ceci resterait à confirmer par des études de plus grande ampleur.

Rapports avec les autres théories

Il nous reste à envisager brièvement les rapports avec les autres théories. Le concept de filiation étant, comme nous l'avons dit, transversal et synthétique, faisant appel au support des différentes théories préexistantes, il est logique d'envisager ce qui l'en rapproche et ce qui l'en différencie.

Ces rapports sont étroits et nous pouvons considérer que, d'une certaine manière, la théorie du lien de filiation se superpose avec certains aspects de la théorie psychanalytique, notamment avec les notions de roman familial et surtout du complexe d'Édipe, et avec la notion de relation d'objet intériorisée. La référence généalogique du lien de filiation peut être rapprochée de la conception transgénérationnelle des théories des thérapies familiales systémiques.

Enfin, ce concept implique à la fois certaines dimensions de la réalité et les représentations mentales du sujet les concernant. À ce titre, nous pourrions le rapprocher de la notion de schéma cognitif de la théorie des psychothérapies du même nom et envisager que les singularités de la filiation puissent figurer parmi les schémas cognitifs dysfonctionnels que ce type de psychothérapie cherche à corriger. La différence essentielle se situe surtout dans le fait que la théorie du lien de filiation est une théorie qui fait intervenir la diachronie, alors que les théories avec lesquelles on peut la rapprocher se situent davantage dans la synchronie, même si la théorie et la pratique psychanalytiques font en grande partie référence à l'histoire, car c'est une histoire revécue et réactualisée dans le transfert.

Conclusion

Le concept du lien de filiation est un concept original, synthétique et transversal qui apporte un jour nouveau sur la compréhension de la psychopathologie. Il dépasse de beaucoup la seule étude des psychoses et peut trouver des applications dans l'ensemble de la clinique psychiatrique et même dans l'ensemble de la psychopathologie, comme l'a souligné à plusieurs reprises son auteur. C'est ainsi qu'il termine son dernier ouvrage [14] : « C'est dans le contact avec les psychotiques que s'est formé pour moi ce paradigme, comme si j'avais voulu, dans mon entreprise thérapeutique, redonner de la filiation à ces patients, tant au niveau de leur pensée que de leurs relations familiales ascendantes et descendantes. [...] En somme, ce

travail est le résultat de mon contact avec les psychotiques et avec la politique psychiatrique que j'ai menée à Lyon à la mesure de mes moyens. [...] L'expérience a montré, et je pense que ceux avec qui j'ai travaillé peuvent en témoigner, que c'était une façon de comprendre certaines formes de psychoses et de les soigner efficacement et que cette action et cette compréhension pouvaient être étendues à d'autres formes de pathologie mentale... »

Références

- [1] Anouilh J. Le voyageur sans bagage. Paris: Gallimard; 2007.
- [2] Aulagnier P. La « filiation » persécutive. Un interprète en quête de sens. Paris: Ramsay; 1986.
- [3] Barquero D. Singularités de la filiation et psychoses durables : essai de validation statistique de la grille de filiation du professeur Guyotat [thèse]. Lyon; 1987.
- [4] Bourgeois M. Troubles psychiques liés à la grossesse et à l'accouchement. In: Deniker P, Guyotat J, Lempérière T, editors. Précis de psychiatrie clinique de l'adulte. Paris: Masson; 1990. p. 399-400.
- [5] Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. Bull Soc Clin Med Ment 1923;11:6-16.
- [6] Chambon O, Guyotat J, Marie-Cardine M, Pellet J. Définition opérationnelle des psychoses fonctionnelles de l'adulte. Psychol Méd 1989;21(9):1360-4.
- [7] CIM-10. Paris: Masson; 1993.
- [8] Dawkins R. Le gène égoïste. Paris: Odile Jacob; 2003.
- [9] De Leo D, Galligioni S, Magni G. A case of Capgras delusion presenting as a postpartum psychosis. J Clin Psychiatry 1985;46(6):242-3.
- [10] Ficheux P, Marie-Cardine M, Mamelle N. Construction d'un questionnaire pour la recherche de composantes familiales dans l'étiologie de troubles psychiatriques. Mémoire DEA neurosciences, Lyon, 1987. Actualités internationales en psychiatrie 1988;75:424-35.
- [11] Franck N, Rengade CE, Demily C. Psychiatrie. Rueil-Malmaison: Éditions Pradel/Wolters Kluwer France; 2009.
- [12] Freud S. L'interprétation des rêves. Œuvres complètes : psychanalyse, vol. 4. Paris: PUF; 2004.
- [13] Guyotat J. À propos de la clinique des troubles de l'identité. Confrontations psychiatriques 1998;39:7-20.
- [14] Guyotat J. À propos de psychiatrie lyonnaise : fragments d'une histoire vécue. Paris: Les empêcheurs de penser en rond; 2000.
- [15] Guyotat J. Anthropologie psychiatrique : études cliniques. Paris: Masson; 1997.
- [16] Guyotat J. Filiation et puerpéralité, logique du lien : entre psychanalyse et biomédecine. Paris: PUF; 1995.
- [17] Guyotat J, Cappadoro R, Marie-Cardine M. Pour une nouvelle classification des psychoses. L'évolution psychiatrique 1976;42(4):1187-97.
- [18] Héritier F. Masculin/Féminin : la pensée de la différence. Paris: Odile Jacob; 1995.
- [19] Irigaray L. Sexes et genres à travers les langues. Paris: Grasset; 1990.
- [20] Jaoul M. Rôle joué par les événements de filiation dans l'infertilité masculine. Gynecol Obstet Fertil 2007;.
- [21] Jurus M. Réaction thérapeutique négative et prescription de psychotropes [thèse]. Sous la direction de Guyotat J. Lyon 1983;.
- [22] Kimura B. Écrits de psychopathologie phénoménologique. Paris: PUF; 1992.
- [23] Klompenhouwer JL. Psychiatric disorders associated with childbirth : an overview. Dutch Journal of Psychiatry 1996;38(11).

- [24] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: PUF; 2004.
- [25] Laplanche J. Séduction, persécution, révélation. *Psychanalyse à l'université* 1993;18(72):3-35.
- [26] Le Breton D. *Anthropologie du corps et modernité*. 6^e éd Paris: PUF; 2011.
- [27] Legendre P. Les Juifs se livrent à des interprétations insensées : expertise d'un texte In: La psychanalyse est-elle une histoire juive ? Colloque ; mai 1980; Montpellier. In: Rassial JJ, Rassial A, editors. *Philosophie générale*. Paris: Seuil; 1981. p. 93-114.
- [28] Lipiansky EM. *Identité et communication*. Paris: PUF; 1992.
- [29] Marcelli D, Carrière M. Un adolescent amnésique. *La semaine des hôpitaux de Paris* 1983;59(47):3302-8.
- [30] Marie-Cardine M. De la filiation à la référence puerpérale. In: Hochmann J, Deniker P, editors. *Trente années de psychiatrie lyonnaise : en l'honneur du professeur Jean Guyotat. Histoire et biographies*. Mézieu: Césura; 1991.
- [31] Marie-Cardine M, Collet B, Audiard P. Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum. *Rev Prat* 1991;41(11):1017-23.
- [32] Murray L, Cooper PJ. *Postpartum depression and child development*. New York: The Guildford Press; 1999.
- [33] O'Sullivan D, Dean C. The Fregoli syndrome and puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 1991;159:274-7.
- [34] Oury J. Thérapeutique institutionnelle. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Psychiatrie*, 37-930-G-10. 1972.
- [35] Racamier PC. La mère et l'enfant dans les psychoses post-partum. *L'évolution psychiatrique* 1961;26(4):525-70.
- [36] Petit Robert. Paris: Dictionnaires Le Robert; 2003.
- [37] Testart J. *Le désir du gène*. Paris: François Bourin; 1999.
- [38] Widlöcher D. L'hystérie, maladie de la mémoire. *Revue internationale de psychopathologie* 1992;5:21-41.



Introduction

Il pourrait paraître curieux et trivial d'aborder la question de l'argent dans la relation de soins. Elle est pourtant présente dans les conversations autour du prix des soins, des psychothérapies, même si les publications à ce sujet sont rares et peu consistantes.

Nous parlons ici de la relation thérapeutique médiatisée par l'argent et pas simplement de la rémunération du professionnel. Cette question est importante, complexe et doit être examinée de près. La plupart des réflexions qui suivent proviennent de l'anthropologie, de la psychanalyse et de travaux personnels [25]. La question de l'échange financier draine par elle-même des considérations éthiques qu'il faut considérer dans la relation de soins, notamment ici, entre le patient et son psychothérapeute.

Un soignant, quel qu'il soit, rend un service à son patient. Il en vit et en conséquence doit en être rémunéré. L'opinion commune s'accorde à reconnaître qu'il doit même être rémunéré correctement pour être dégagé de tout souci matériel et pouvoir être ainsi suffisamment disponible pour se consacrer entièrement à ses patients. Ceci est considéré comme vrai pour toutes les professions libérales, notamment pour l'exercice de la médecine ou de la psychothérapie.

Cependant, le paiement du psychothérapeute implique d'autres aspects qui rendent la question plus complexe et nécessitent son examen plus en détail. D'autant plus qu'à notre époque, les pouvoirs publics réduisent les dépenses de santé et rationnent les soins chaque jour davantage, parfois de manière dissimulée et paradoxale sous couvert d'en améliorer la qualité.

En fait, nul ne peut nier que les questions d'argent soient liées à celles des soins. Cela fait au moins quarante ans que le monde de l'argent et celui de la santé s'affrontent. En dehors de positions idéologiques, passionnelles ou corporatistes, il est important de faire le point et d'essayer de comprendre ce qu'impliquent ces conflits sur le plan sociologique, mais où s'enracinent aussi des aspects psychologiques et éthiques.

La question de l'argent a surtout été étudiée en psychothérapie, et d'abord en psychanalyse. On a ensuite fait application de ces recherches d'une manière plus générale dans les pratiques de soins dans la mesure où l'incidence des soubassements psychologiques y apparaissait de plus en plus importante. Elle se pose donc sous différents angles qui sont liés : un angle institutionnel teinté de choix politiques et économiques et un angle technique plus pratique : celui de son maniement et de ses éventuelles bases scientifiques. L'argent est-il, comme on l'a prétendu et le prétend souvent encore, un instrument de soins ? Que représente-t-il en fait et comment l'employer ?

Voilà les questions auxquelles nous allons tenter de réfléchir dans ce chapitre, sans prétendre y apporter de réponse définitive.

Mais auparavant, il nous paraît important d'examiner ce qu'est l'argent, ce qu'il représente et le rôle qu'il joue dans la civilisation. Nous nous proposons d'en aborder une théorie générale sur la base de données fournies par l'anthropologie pour les confronter aux conceptions issues de la psychanalyse et d'en dégager des applications cliniques possibles dans la pratique de soins.

Les données de l'anthropologie : la montée vers la symbolisation

Les débuts au cours de la préhistoire

Le terme d'« argent » est critiqué par les économistes, car trop imprécis et flou. Ils préfèrent celui de « monnaie ».

Pour mieux comprendre

Pour l'histoire : monnaie ou argent ?

En pratique, les deux termes sont équivalents. Le mot « monnaie » vient, on le sait, du latin *moneta*, participe passé du verbe *monere*, « avertir ». En effet, dans la Rome antique, les ateliers de frappe des pièces d'argent se trouvaient sur le Capitole, à côté d'un temple consacré à la déesse Junon,



▷ épouse et sœur de Jupiter, déesse du Mariage et de la Fécondité. Son culte nécessitait la présence d'un élevage d'oies situé près du temple. Un jour, les Gaulois tentèrent d'envahir Rome pendant la nuit, en secret, en rampant sur les pentes de la colline. Les oies, à l'ouïe très fine, perçurent leur approche et se mirent à crier. L'armée fut ainsi prévenue et put repousser la tentative d'invasion. Les Romains furent reconnaissants à la déesse de les avoir ainsi protégés et lui adjoignirent le qualificatif de *moneta*, la déesse qui avertit. Par extension, l'atelier voisin fut également ainsi dénommé, d'où le nom de « monnaie ».

Les travaux des anthropologues ont montré que l'argent dans son acception courante n'était pas un bien matériel comme les autres. Il joue dans les différentes civilisations et depuis les origines un rôle particulier de signe de la valeur d'échange. Ce signe existe dès les plus anciennes civilisations préhistoriques sous différentes formes, comme l'a constaté Mauss [30].

Note biographique

Marcel Mauss (1872-1950), sociologue et anthropologue français, fonde à la suite d'Émile Durkheim l'anthropologie structurale. Il développe la théorie du don et du contre-don dans laquelle il postule que celui qui reçoit un don ne peut s'en libérer que par un contre-don. Il nomme « fait social » cette démarche à partir d'études des sociétés tribales, les Maoris et les Esquimaux, ou de pratiques religieuses.

Ce signe va s'affiner, se préciser et se codifier sous la forme de la monnaie, à une époque à peine postérieure à celle de l'apparition de l'écriture. Il apparaît à un moment où l'homme acquiert des capacités d'abstraction et de symbolisation qui lui permettent d'individualiser davantage le domaine public du domaine privé, de différencier les secteurs de la vie sociale, de se dégager d'un mode de fonctionnement collectif et syncrétique, où tout est confondu : vie privée, sociale, économique et politique comme dans le système de prestations totales décrit par Mauss [30] chez les Indiens d'Amérique du Nord sous le nom de potlatch à l'époque préhistorique. Cette différenciation ne s'est réalisée, et encore de manière relative, qu'à partir du ^ve siècle avant J.-C., en Grèce ancienne, pendant le siècle de Périclès, fondateur de la démocratie athénienne, quelques siècles après l'apparition de la monnaie métallique. L'utilisation de la monnaie permet la mise en application des capacités de symbolisation. Un parallèle entre individualisation, symbolisation et évolution du signe monétaire peut être établi.

Mauss précise que le don n'est qu'apparent. Les hommes préhistoriques considéraient que les produits de leur chasse, pêche ou cueillette étaient

donnés par les dieux et devaient leur être obligatoirement rendus par des sacrifices et des échanges. Les sacrifices humains – notamment d'enfants – dont l'allégorie d'Abraham dans la Bible semble être une trace sont peu à peu remplacés par des sacrifices d'animaux et plus tard par des dons d'argent. Dans ces civilisations comme celles du Pacifique, chez les Trobriandais [21,30], les objets sont réputés animés par la force des esprits. Ces objets doivent circuler entre les individus, car leur rétention porte malheur à son détenteur. Il se crée ainsi un double circuit entre les personnes et les biens. Un premier circuit, religieux, réputé noble implique l'honneur et la relation aux divinités. Ce circuit correspondrait à une zone d'échange impliquant, par transposition, ce que l'on peut considérer, en se référant à la théorie psychanalytique, comme le narcissisme et l'idéalisation d'une part et la relation objectale d'autre part.

Pour mieux comprendre

- Le concept de *narcissisme* est issu de la théorie psychanalytique. Il désigne l'importance accordée à l'image de soi. Il a été désigné ainsi par Freud à la suite de Krafft-Ebing, en référence au mythe grec de Narcisse. Il représente la base sur laquelle s'édifie la personnalité. Lacan a développé ce concept en montrant que le « moi » lui-même se formait par identification à une image, celle de soi dans le miroir et dans le regard de l'autre – reprenant la théorie du stade du miroir de Wallon [40].
- La *relation d'objet* (ou relation objectale) est en psychanalyse le rapport du sujet avec les objets qui constituent le monde dans lequel il vit. Il est important de considérer que ce monde est d'essence tout autant interne qu'externe.

Parallèlement, en double, un deuxième circuit, commercial celui-là, existe, plus opératoire, plus pragmatique et plus populaire. Outre la circulation d'objets précieux jouant le rôle d'objets de référence préfigurant celui de la monnaie, des précurseurs de l'argent sont observables sous la forme de divers objets précieux, et surtout résistants à l'usure, aussi inaltérables que possible tels que des colliers de perles, des pierres précieuses, des objets en ivoire. Aussi loin que l'on remonte dans la préhistoire, des précurseurs de l'argent ont existé. L'homme n'a donc pas commencé par le troc comme l'imaginait Adam Smith.

Note biographique

Adam Smith (1723-1790), philosophe et économiste écossais, fonde le libéralisme économique par son ouvrage *Recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations* (1776).

Celui-ci se basait sur une erreur du navigateur James Cook concernant des objets que les Polynésiens proposaient aux Européens à bord de leurs bateaux, non comme objets d'échange, mais comme cadeaux de bienvenue. Pourtant, ces cadeaux impliquaient des obligations de restitution. Donc, ces dons étaient seulement apparents.

J. P. Valabrega [38] a montré comment ces traces des civilisations préhistoriques se retrouvent dans nos comportements contemporains. Nous utilisons un argent noble pour rendre honneur – d'où la notion d'honoraires – à des personnes censées rendre des services nobles : services religieux (deniers du culte) ou service des hommes (médecins, avocats, etc.).

L'histoire de l'argent poursuit une évolution très diversifiée et complexe au cours de laquelle on retrouve cette progressive et invariante évolution vers l'abstraction et la symbolisation. Elle se lie de plus en plus à l'écriture et aux mathématiques. Cette évolution est remarquablement similaire dans le bassin méditerranéen et en Extrême-Orient, comme pour l'écriture dans ses premières formes pictographiques et idéographiques, alors qu'il semble n'avoir existé à cette époque aucune forme de communication entre ces deux parties du monde. Il s'agirait donc bien d'une évolution spontanée du psychisme humain exprimée dans ses différentes formes de civilisation.

L'évolution historique

Les précurseurs des *monnaies métalliques* sont apparus dans la civilisation sumérienne au cours du néolithique, époque où l'homme se sédentarise, crée des villes, développe l'agriculture, invente l'écriture et travaille les métaux. Les premières opérations commerciales utilisent des objets de métal, le plus souvent en or ou en bronze, censés représenter la valeur des richesses échangées. Puis, peu à peu, ces objets se réduisent et se simplifient, deviennent des figurines qui n'en représentent plus que des images telle que celle d'une tête de bétail qui représente tout le troupeau. Enfin, des jetons ou des pièces de métal sont créés, portant une esquisse gravée, représentation des objets échangés. Les premières pièces de monnaie apparaissent ainsi : elles représentent les objets et la valeur qu'on leur attribue, par convention. Plus tard, les grands propriétaires terriens vont frapper leur propre monnaie. Ce mouvement va se répandre en Phénicie, puis en Crète et finalement en Grèce vers le ^{vii}^e siècle avant J.-C. Parallèlement, l'écriture alphabétique restera propre aux pays occidentaux, alors qu'en Extrême-Orient l'écriture n'évoluera pas malgré l'apparition à la même période des monnaies métalliques. On observe ainsi une certaine similitude et simultanéité dans l'apparition de l'argent dans les civilisations humaines en des points opposés du globe, alors qu'il n'existait aucun moyen de communication entre eux.

L'évolution des monnaies fut longue et ponctuée de crises. Certains problèmes restent actuels : l'équilibre du cours de la monnaie et sa falsification en particulier. L'or devient bientôt la monnaie de référence du fait de son inaltérabilité et de sa stabilité quantitative. Très vite, les chefs d'État, les rois et les empereurs trouvent leur intérêt à frapper leur propre monnaie, devenant monnaie d'État à leur effigie. Le pouvoir s'incarne dans le droit

exclusif de frapper sa monnaie. C'est encore vrai aujourd'hui, mais plus compliqué quand il s'agit de l'euro, monnaie unique européenne.

Dès l'Antiquité, puis au Moyen Âge avec le développement des banques et enfin à la Renaissance, apparaissent des monnaies de papier pour des raisons pratiques. Les effets commerciaux, les billets à ordre, les lettres de créance ou de change représentent un équivalent de valeur métallique. Longtemps, la monnaie métallique reste malgré tout le fondement du commerce. Pourtant, en 1609, la banque d'Amsterdam donne à ce système de monnaie dite scripturale, puisqu'on écrit un engagement sur du papier, plus de valeur encore.

Sa fiabilité et son crédit impliquèrent des qualités morales et psychologiques. *La monnaie fiduciaire* apparaît ainsi nommée, car elle incarne la confiance entre l'usager et l'émetteur. Cette monnaie de papier facilite et favorise le développement de l'économie.

En 1669, la banque de Suède crée l'escompte et le crédit : elle imprime plus de monnaie de papier qu'elle n'a d'encaisses métalliques pour assurer le remboursement des créances futures. Pourtant, cette mesure intéressante reste soumise au risque d'une inflation. Deux des plus célèbres crises financières furent celle de Law au début du XVIII^e siècle sous la Régence, en France, et celle des assignats sous la Révolution. La monnaie fiduciaire fut alors frappée de méfiance pendant plus d'un siècle. Elle s'impose à nouveau par nécessité avec le développement industriel de la fin du XIX^e siècle. Elle reste gagée sur l'or, monnaie de référence, valeur étalon jusqu'à la fin du XX^e siècle. Elle repose sur une confiance pérenne.

À la monnaie métallique s'ajoute progressivement, dès la civilisation sumérienne, *la monnaie scripturale*, nommée ainsi, car elle utilise l'écriture. L'écriture, née de la nécessité de tenir la comptabilité et d'établir les contrats liés au commerce, trouve aussi son emploi dans les activités religieuses. Les mêmes faits se produisent là encore indépendamment, à des époques voisines, dans les trois grands foyers de civilisation : sumérien au Moyen-Orient, en Chine et chez les Mayas en Amérique latine.

L'écriture est restée longtemps l'exclusivité de quelques privilégiés. Considérée comme d'origine divine d'une part et comme un instrument de pouvoir d'autre part, elle était l'apanage de l'Administration pour la levée des taxes. La pratique de l'écriture se répand progressivement aux scribes dans l'Antiquité, aux copistes au Moyen Âge et aux mandarins en Chine, tous des spécialistes de l'écriture.

Ainsi, l'écriture et la monnaie sont liées dès l'origine. Aujourd'hui se développe toujours la monnaie scripturale à tel point qu'elle tend à prévaloir sur la monnaie métallique. Depuis les accords de Kingston en 1976, l'or n'est plus l'étalon monétaire. Il circule encore, mais comme bien matériel et non comme valeur monétaire. La monnaie est désormais *dématérialisée*. Depuis, la monnaie scripturale se développe sur un mode numérique et virtuel, inscrite sur les disques durs d'ordinateurs de banques ou sur les PUC (produit utilisant des composants électroniques) des cartes bancaires. Progressivement, la monnaie scripturale devient *la monnaie informatique ou monétique*. Le support n'est plus le métal, mais le codage abstrait. La monnaie devient

une forme d'information concernant les échanges, les richesses et la valeur qu'on leur attribue. Cette évolution s'accompagne d'une réglementation stricte pour éviter les fraudes comme les faux-monnayages, les faux en écriture, le piratage informatique, les spéculations abusives et les autres formes de délinquance financière.

La création et l'évolution de la monnaie sont un élément central de toute civilisation et sont liées à celles de l'écriture. L'argent est bien le fruit de l'activité psychique humaine comme une activité de symbolisation, une montée vers l'abstraction qui part de la matière et y retourne après l'avoir transformée. Les ordinateurs fabriqués par l'homme sont le reflet du fonctionnement psychique humain, dans une certaine mesure comme machines pensantes ou en tout cas machines d'aide à la pensée.

La psychothérapie s'intéresse tout particulièrement à l'activité psychique. Ces considérations anthropologiques sur l'argent ne lui sont pas étrangères et méritent d'être prises en compte. Mais c'est la psychanalyse qui va apporter les développements les plus intéressants en la matière.

L'apport de la psychanalyse : l'argent dans la psychothérapie

Freud et l'argent

Freud a toujours été confronté à des problèmes d'argent. Il a dû solliciter une bourse pour aller faire son stage chez Charcot, à Paris, en 1886 et a dû emprunter à plusieurs reprises quand sa clientèle se faisait plus rare après les conflits avec ses pairs qui ne lui envoyaient plus de clients, notamment après sa rupture avec Breuer.

Il a d'abord et toujours considéré l'argent d'un point de vue pratique et réaliste : c'était pour lui son moyen de vivre et le fruit légitime de son travail. Il disait qu'il louait une partie de son temps de travail à chacun de ses patients. Chemin faisant, il s'aperçut que les résistances entraînaient un certain nombre de patients à ne pas venir à leur séance de psychanalyse et il rendit les séances manquées payantes [6]. Ce qui eut pour effet immédiat de réduire considérablement l'absentéisme.

Rapidement se répandit ce que l'on peut appeler le mythe du sacrifice financier nécessaire à la réussite d'un traitement, mais en même temps cette idée fut constamment controversée et l'est toujours : « On peut s'étonner aussi qu'ait été adopté, et avec aussi peu d'arguments, le dogme du sacrifice financier alors que les instituts de psychanalyse du monde ont continué à pratiquer des cures gratuites sous prétexte de formation des psychanalystes. [...] Je dois dire que je n'ai pas trouvé d'explication à cette contradiction qui en découle, qui est de prétendre former des analystes à travers une pratique dont on affirme par ailleurs qu'elle ne permet pas de mener à terme une cure. Je laisse ces questions ouvertes [36]... »

Il a toujours eu une attitude contradictoire à ce sujet, attitude qui s'est ensuite répandue dans les sphères psychanalytiques. Dans une conférence

prononcée au VII^e Congrès international de psychanalyse, en septembre 1922, Freud appelait de ses vœux une extension suffisante de la psychanalyse pour en faire bénéficier le plus grand nombre gratuitement [36]. Il pratiqua lui-même des cures gratuites, comme le firent d'autres de ses disciples, et surtout il encouragea la création d'instituts de formation de futurs analystes dont les cures supervisées étaient gratuites et dont les résultats étaient considérés comme tout aussi valables. Le traitement gratuit qu'il réalisa du fameux « Homme aux loups » lors de sa réanalyse en est l'exemple le plus célèbre. Il a même été jusqu'à organiser une collecte auprès des autres psychanalystes pour verser une pension à cet émigré russe ruiné sous prétexte que ce patient avait fait grandement progresser la pratique et la théorie psychanalytiques [36].

Il en vint ensuite à faire de l'argent un symbole des pulsions, et notamment des pulsions anales [7].

Pour mieux comprendre

Les *pulsions* représentent des charges énergétiques, interfaces entre le corps et le psychisme poussant l'organisme vers l'apaisement de ses tensions internes. Deux grands groupes de pulsions peuvent être différenciés : les pulsions de vie, ou libido, orientées vers les zones érogènes, partielles et polymorphes, et la pulsion de mort ou pulsion du moi orientée vers l'auto-conservation.

Cette idée s'est répandue et l'argent est devenu en psychanalyse le support matériel de toute une activité de symbolisation bien au-delà de la banale rémunération du psychothérapeute. Cette hypothèse a ouvert une série d'élaborations théoriques, mais sans validation scientifique, du reste difficile à entreprendre. Ces propositions théoriques sont issues cependant de l'observation clinique.

Les travaux postérieurs à Freud

Les travaux consacrés à ce sujet sont peu nombreux et se divisent en deux groupes :

Les uns portent sur la réflexion générale du rôle de l'argent dans la civilisation, comme ceux d'Amar [1] qui examinent les rapports de l'argent avec la dette et la culpabilité, base du capitalisme selon cet auteur. L'argent impliquerait toujours un rapport agressif entre les individus, les symboles monétaires modernes tendant à devenir de plus en plus des reconnaissances de dette [18]. L'ensemble des économies reposerait sur un système étendu de crédit. Le besoin permanent d'essuyer la dette et l'impossibilité de le faire expliqueraient l'essor et la désagrégation du capitalisme. Ces réflexions trouvent un écho dans l'examen de la crise économique actuelle. La question a aussi été discutée de savoir si le fait d'être riche ou pauvre favorisait plus ou moins l'éclosion de maladies, notamment des maladies mentales. Freud le

pensait déjà, mais l'opinion admise aujourd'hui est que si ces maladies se rencontrent dans toutes les couches de la société, elles sont plus fréquentes et plus difficiles à traiter dans les milieux socialement défavorisés.

Dans un autre ordre d'idées, certains auteurs [3,35,39] ont étudié le sens des différents fantasmes impliquant l'argent.

Pour mieux comprendre

Le fantasme est un scénario imaginaire révélant, plus ou moins clairement, les désirs inconscients de l'individu. Le plus connu est le rêve. Par extension, le fantasme représente l'activité imaginative en général par opposition à la perception de la réalité.

C. Odier [33,34] en rapporte de nombreuses observations cliniques, par exemple celle-ci : une malade fort riche trouva les honoraires demandés trop modiques, après les avoir réglés à la fin d'une séance. Le lendemain, elle raconta un rêve dans lequel elle donnait une aumône à un « violoneux des rues, aveugle et misérable » qui ressemblait à son analyste. Cette aumône représentait une somme vingt fois inférieure au montant de ses honoraires. L'auteur interprète ce rêve comme une marque d'agressivité à l'égard de l'analyste, considéré par l'inconscient de la patiente comme le « violoneux misérable » et surtout « aveugle », c'est-à-dire un incompetent payé bien trop cher.

Dans la théorie psychanalytique, l'argent joue le rôle d'objet partiel. Nous avons proposé [24] de le dénommer par le terme d'*objet transactionnel* pour paraphraser celui d'objet transitionnel de Winnicott [41].

Note biographique

Donald Woods Winnicott (1896-1971), pédiatre et psychanalyste anglais, a formé ses concepts en se basant sur son expérience clinique essentiellement auprès d'enfants. Les plus connus sont ceux de « la mère suffisamment bonne », c'est-à-dire bonne et mauvaise à la fois, « de faux *self* », défense par imitation par défaut d'identification à la mère, et « d'objet transitionnel » comme moyen de contrôler l'absence de la mère pour le nourrisson.

Winnicott désigne comme objets transitionnels des objets partiels maniés par le nourrisson comme symboles de la présence et de l'absence de sa mère, préalables à la construction d'une imago interne. Dans l'évolution de l'enfant, la notion d'argent n'est acquise que tardivement, à l'âge de raison, au déclin du complexe d'Œdipe. Selon Piaget, l'enfant accède à la pensée rationnelle après la pensée magique. À ce stade, l'argent devient tout à la fois le symbole et la réalité de la richesse ou, inversement, de la pauvreté

et ainsi le fantasme de la toute-puissance ou au contraire du manque et de l'insuffisance, c'est-à-dire la castration [16]. L'argent représente tout ce qui peut être obtenu, il est gratification ou privation jusqu'à la frustration. Nous pourrions le qualifier d'objet « omnisymbolique », au sens où il représente tout et permet tout. Il est aussi « asymbolique », au sens où il représente à la fois le maximum de richesse possible et le fait de ne rien avoir sinon la dette, la faillite, l'exclusion sociale, la pauvreté jusqu'au néant.

La gratification et la frustration sont deux termes économiques, mais, en psychanalyse, ils représentent deux états entre lesquels évolue le fonctionnement psychique, à la fois objectal et narcissique. En psychothérapie, à l'instar de la psychanalyse, le paiement mettrait au patient de régler sa dette envers son psychothérapeute, d'assumer sa culpabilité, de réparer le dommage causé par les manifestations de ses pulsions agressives. Le patient est frustré de l'argent qu'il donne à son psychanalyste, mais en échange il est gratifié par le service qu'il lui rend. À l'inverse, le psychanalyste est frustré par la charge qu'il prend de son patient, mais gratifié par l'argent qu'il lui donne en retour. Le maniement de l'argent intervient dans la métabolisation de l'agressivité, dans la régulation du narcissisme, dans le maintien du rapport à la réalité. Encore une fois, ce sont là des opinions certes très ancrées dans la tradition, mais aucunement vérifiées sur des critères scientifiques. D'ailleurs, les différentes vérifications expérimentales effectuées contredisent totalement ces idées [37].

Une importante étude [36], d'autres travaux encore [9,15] et notre propre expérience montrent que des moyens autres que financiers permettent d'atteindre le même but. L'important reste d'aider le patient à investir son traitement. Un facteur commun des psychothérapies, ingrédient du succès du traitement, est la motivation du patient et celle du psychothérapeute. Si ces deux motivations sont puissantes, si elles se nouent dans une « alliance thérapeutique », les chances de succès sont évaluées à plus de 80 % [17,20]. L'échange d'argent est le moyen le plus courant et le plus commode pour parvenir à motiver le patient et son psychothérapeute. Mais ce n'est pas le seul.

Enfin, si c'est le patient qui doit habituellement payer son psychothérapeute, dans un certain nombre de cas, c'est la situation inverse qui se produit, comme en témoignent plusieurs travaux de psychothérapie institutionnelle [4,5,25]. Il serait fructueux de réapprendre au patient le maniement de l'argent par le réinvestissement de la réalité, comme chez certains malades aux troubles graves de la personnalité ou souffrant de schizophrénie. Certaines mesures de protection des biens peuvent ainsi devenir pédagogiques. Des mesures d'aide sociale accordées aux malades démunis gagnent à être maniées dans un sens psychothérapique, bien au-delà et parfois en contradiction avec leur seul aspect économique. Des thérapies par gratification financière ont permis à certains malades de franchir profitablement certaines étapes difficiles de leur traitement ainsi qu'il l'est illustré par les vignettes cliniques n° 1, 2, 3. Malheureusement, ce point de vue est rarement compris des administrations engluées dans des a priori sommaires, surtout dans un climat de rationnement budgétaire comme c'est le cas actuellement.

Les aspects institutionnels et leur arrière-plan économique et politique : l'influence des structures de soins

L'étude du rôle de l'argent fut étendue aux flux monétaires et à ses répercussions psychiques dans les structures de soins. On peut distinguer ainsi le système libéral ou privé et les systèmes publics que nous avons désignés comme *les systèmes tiers ou « tersifiés »* – parce qu'ils font intervenir des tiers, extérieurs à la relation duelle du patient et de son psychothérapeute ou de son soignant [25] – où les administrations interviennent en tiers dans la relation thérapeutique entre le patient et son psychothérapeute. Ces systèmes d'assurances sociales ont permis de grands progrès et sont indispensables aujourd'hui. Ils ont amélioré l'accès aux soins, mais la relation thérapeutique a perdu de sa souplesse et ne tient plus compte de l'incidence du maniement de l'argent sur le fonctionnement psychique à la fois du patient et du psychothérapeute, mais aussi du médecin ou des autres soignants. Le maniement purement administratif de l'argent a parfois des conséquences désastreuses sur l'évolution de certains patients : la création du forfait hospitalier dans les hôpitaux a été imposée aux malades hospitalisés sans leur consentement, ayant provoqué chez certains leur rechute. Il devient souvent très rigide, dépersonnalisé et tend, de plus en plus, à ne même plus prendre en considération la nécessité des soins, comme le montre actuellement la mise en application de la loi réorganisant le système de santé, la loi HPST [19] (« hôpital, patient, santé, territoire »).

Il existe un important consensus des praticiens sur certains de ces points qui demeurent malgré tout des hypothèses ou des interprétations certes valables, mais non véritablement prouvées. Dans ce sens-là, il est même davantage prouvé, par des expériences et des travaux véritablement scientifiques, que les cures gratuites sont aussi valables que les cures payantes [9,15,36,37].

Il est néanmoins tout à fait utile et intéressant de réfléchir aux différentes implications de ce maniement dans la relation de soins. Mais le fait d'insister comme trop souvent en pratique libérale sur le nécessaire sacrifice financier est tout à fait abusif et relève de justifications irrationnelles. Tout service mérite rémunération, inutile donc d'invoquer des raisons techniques, voire scientifiques, qui ne sont pas apportées du reste. Or, aucun travail expérimental, comme nous l'avons déjà dit, n'a pu être réalisé ou aboutir à des conclusions précises, car les variables sont trop nombreuses, difficiles à contrôler et leur fiabilité relative.

L'argent au regard de l'éthique

L'échange financier porte en lui la question du sens dans la relation de soins [29].

Premièrement, le sens dans son acception directionnelle

L'argent donne le moyen de payer sa dette, c'est-à-dire de résoudre la culpabilité qui demeure à l'issue du service rendu. Ce paiement libère les deux parties engagées contractuellement.

Ainsi, la loi impose au préalable de l'exécution de certains soins, chirurgicaux par exemple, mais parfois aussi certains types de psychothérapies, de fournir un devis chiffré au patient. L'acceptation du devis par le patient scelle la relation à l'instar d'un contrat : le thérapeute prodigue ses soins, le patient les rémunère selon leur entente préalable.

En cette définition, l'argent rend honneur au praticien à l'image des divinités auxquelles il était sacrifié autrefois : les honoraires [22].

Un cadeau est parfois offert en sus des honoraires. Ce cadeau en annule l'aspect vénal et commercial [26]. Il porte en lui l'expression de la gratitude du patient comme pour dire : « Votre service humain est inappréciable. » Si les honoraires deviennent trop élevés, le patient en sort exsangue et l'échange perd de sa dimension de service.

À l'inverse, il existe dans le domaine de la pratique de psychothérapie, comme partout ailleurs et notamment en psychanalyse, des patients si exceptionnellement riches que même les honoraires les plus élevés ne peuvent servir à rendre compte de la valeur de l'acte pratiqué.

La déontologie impose une juste mesure, celle de la modération : le serment d'Hippocrate est limpide : « Je donnerai gratuitement mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de la valeur de mon travail. »

On cite du reste l'exemple du désintéressement du fondateur de la médecine occidentale. Très célèbre de son vivant dans le monde antique méditerranéen, le roi de Perse Cyrus lui offrit une fortune s'il acceptait de devenir son médecin personnel, mais Hippocrate refusa, voulant à tout prix rester fidèle à son pays. Les débats sur les dépassements d'honoraires en médecine font référence à cet aspect de la déontologie.

Deuxièmement, le sens dans le signe de la compréhension

D'un côté, la valeur marchande évaluée par un prix affiche une valeur quantitative et pas forcément qualitative. Le discours emploie le terme de *somme*, telle l'addition dans un restaurant où les différents plats sont comptabilisés. Par extension, le professionnel de soins additionne le nombre de ses actes.

D'un autre côté, dans une relation de soins entre le thérapeute et son patient, l'argent est aussi un objet porteur de la valeur de l'échange, de la relation et ne chiffre pas forcément toujours la valeur de l'objet [22]. Sur ce point, l'argent considère plus la relation entre les deux protagonistes qu'un objet qui est leur intermédiaire.

L'argent mesure donc, au moins en partie, la valeur donnée à l'acte de soin. Hélas, dans certains pays et en France de plus en plus, le niveau des honoraires demandés ou des frais engagés dépasse de plus en plus les possibilités des patients, et cela dans des couches de plus en plus importantes de la population. L'accès aux soins devient donc inégal malgré l'existence de dispensaires de soins gratuits ou mieux remboursés.

Ce ne sont plus ici des considérations psychologiques, mais plutôt des données concrètes qui influencent cependant les pratiques de soins et méritent réflexion, notamment sur le plan de l'éthique.

Les comportements vis-à-vis de l'argent ont toujours un double sens, deux facettes

Selon les données des travaux de l'anthropologie, l'argent dû en retour aux dieux (les honoraires), l'argent de l'idéal s'oppose à l'argent des biens matériels. Ainsi, les facettes de l'idéal et du service rendu s'opposent à celles du prosaïque et du sens commun.

De même, en psychanalyse, deux pôles se font face : la relation d'objet totale, de personne à personne dans le respect des valeurs humaines d'un côté, et d'un autre côté la relation d'objet partielle centrée sur l'organe avec un aspect commercial.

Chez le chirurgien, cet aspect-là tend à prédominer, car il se centre sur l'organe et tend plus à se situer dans une relation commerciale et technique. Pourtant, « entretenir commerce » signifiait autrefois entretenir une relation. En fait, les aspects relationnels sont toujours impliqués et réapparaissent après coup, quand des complications se produisent, objets de réclamations, de contentieux, douleurs chroniques, de plaintes répétées, etc. Les données exposées ici peuvent permettre dans certains cas de trouver la véritable signification de ces situations, au-delà d'éventuelles difficultés techniques.

Les aspects pratiques

Plus concrètement, comment ces données peuvent-elles trouver leur application dans la pratique clinique ?

Ces exemples cliniques issus de la pratique de la psychothérapie montrent les différents aspects de l'échange d'argent et leurs répercussions. Il ne s'agit pas de règles ou de protocoles, mais des réflexions à partir de l'expérience [23].

En psychothérapie institutionnelle

Cette forme de pratique psychothérapique tend à être délaissée et pourtant ses exemples sont les plus illustratifs.

Exemple n° 1 : la distribution de pécule en ergothérapie

L'ergothérapie [31] vise à aider le patient à se réadapter à sa vie pratique et à son travail. Cette technique a beaucoup évolué mais à l'époque où se situe cet exemple, dans les hôpitaux psychiatriques, sa mise en œuvre donnait lieu au versement d'une petite gratification financière qui n'était pas un salaire, aux malades qui en bénéficiaient. On l'appelait le pécule (sur la théorie psychopathologique de ces techniques, voir Oberdorf [32]).

La thèse de Colmin [5] décrit précisément comment dans certains hôpitaux psychiatriques, les soignants avaient décidé de modifier la distribution de ce pécule dans une visée de psychothérapie institutionnelle.

Ces réunions de distribution de pécule furent souvent fructueuses. La distribution de ces sommes d'argent, fort modiques du reste, servait de levier pour accroître l'investissement de chacun des participants, soignés comme soignants, dans des activités thérapeutiques, indépendamment du critère de quantité de travail fourni. L'implication du malade dans son traitement

était encouragée : observance médicamenteuse, participation aux psychothérapies individuelles ou de groupe, à l'ensemble de la vie sociale du service. Par cet usage de l'argent, qui posait par ailleurs d'importants problèmes administratifs de conformité à la réglementation, certains patients schizophrènes, très dépersonnalisés, très délirants, purent reprendre progressivement contact avec la réalité et faire des progrès notables.

Exemple n° 2 : la prise en charge des exclus

Les exclus souffrent du dénuement complet dans lequel ils vivent. La situation d'exclusion en elle-même provoque une déshumanisation souvent inexprimable. Cette exclusion naît de la perte des repères sociaux, individuels et surtout de la perte de toute possession ou propriété. L'échec des sociétés sans argent comme celles des démocraties populaires fut aussi causé par la perte complète de toute propriété individuelle suscitant une démotivation pour l'activité économique [14]. Les exclus souffrent aussi de cette dépossession au-delà des nombreuses autres raisons de l'exclusion. Parmi eux, nombre de schizophrènes, de personnalités limites, d'alcooliques, de toxicomanes demandent à être accompagnés [8]. Ces interventions sont indispensables et évidemment elles sont gratuites pour les bénéficiaires malgré leur coût pour la société. Ces interventions gratuites sont efficaces et on peut encore une fois, dans certaines conditions, soigner gratuitement et efficacement [27].

Exemple n° 3 : une technique institutionnelle de thérapie comportementale : l'économie de jetons

Cette technique mise en œuvre à l'hôpital de Patton aux États-Unis propose un renversement complet de la tendance habituelle. Il ne s'agit plus de faire payer le malade, mais au contraire de le payer pour le gratifier. Cette tendance reste conforme à celle qui prévaut en matière de psychothérapie de malades psychotiques chez qui les vécus de frustration et de gratification sont exacerbés.

Il s'agit de l'une des premières formes de thérapie comportementale appliquée aux malades mentaux hospitalisés en psychiatrie, et notamment aux malades psychotiques. Cette technique a été mise au point par Ayllon et Azrin [2]. Il s'agit d'une application de la théorie du conditionnement opérant.

Pour mieux comprendre

Le conditionnement opérant ou conditionnement instrumental ou apprentissage skinnérien ou conditionnement de type II s'oppose au conditionnement répondant pavlovien qui se produit en réponse à un stimulus conditionnel qui remplace un stimulus naturel. Dans l'expérience classique de Pavlov, le chien sécrète d'abord de la salive parce qu'il a faim. On lui présente la pâtée, puis on fait sonner une clochette en même temps. Une association se crée dans le système nerveux entre la vue, l'odeur de la pâtée et le son de la clochette. Finalement, on se borne à faire sonner la clochette. Le chien continue de sécréter de la salive. On dit que la perception



▷ du son de la clochette a remplacé celle de la vue et de l'odeur de la pâtée. Un conditionnement répondant est créé, puisque la sécrétion de la salive répond à la stimulation par le son. Le conditionnement opérant est diffusé. Il fait intervenir les résultats de l'action. Il a été repris par Skinner des travaux de Thorndike qui n'avait pas employé ce terme. Il avait constaté que l'effet positif d'une action tendait à en favoriser la reproduction. Dans l'expérience de Skinner, le rat cherche de la nourriture dans sa cage. Il découvre fortuitement que, en appuyant sur une pédale, il récolte une boulette de nourriture. Soit d'emblée, soit après plusieurs événements de ce type, il finit par faire un lien entre l'appui sur la pédale et l'obtention de la nourriture. Il va alors systématiquement rechercher de la nourriture de cette manière. Un conditionnement opérant est créé.

Note biographique

Edward Thorndike (1874-1949), psychologue américain, a mis en évidence la loi dite de l'effet chez les animaux selon laquelle l'effet produit par une action en renforce la production. Par exemple, la découverte de la nourriture par l'animal dans sa cage va renforcer chez lui le comportement qui l'amène à l'obtenir. Ses travaux sont à la base de ceux de Skinner sur le conditionnement opérant.

Dans cette technique, les mécanismes de renforcement positifs ou négatifs sont utilisés.

Pour mieux comprendre

Le *renforcement positif* est une procédure par laquelle la probabilité de fréquence d'apparition d'un comportement tend à augmenter quand on ajoute un stimulus appétitif contingent à la réponse : par exemple, on ajoute des félicitations ou une récompense.

Le *renforcement négatif* vise à augmenter la probabilité de l'apparition d'un comportement par le retrait d'un stimulus aversif contingent à la réponse : par exemple, le retrait d'une obligation, la cessation d'une douleur ou d'une situation désagréable.

Dans la technique de l'économie de jetons, on utilise des renforcements positifs et négatifs pour favoriser l'évolution des malades dans une direction. Le comportement des malades était soigneusement observé, enregistré et quantifié dans un but de recherche. L'attribution de jetons récompensait l'obtention des comportements désirés par l'équipe soignante. Ces jetons pouvaient être échangés contre les moyens de réaliser des activités désirées par les malades.

L'emploi de cette technique fut d'abord considéré comme couronné de succès [2,12], puis elle fut rejetée pour différentes raisons :

- éthiques : l'utilisation de renforcements négatifs et la position de toute-puissance de l'équipe soignante qui assurait un contrôle rendaient impossible un maniement souple, personnalisé et bienveillant de la technique ;
- techniques : son utilisation fut jugée finalement inefficace dans le traitement de la schizophrénie, alors que chez les psychopathes, les résultats ne se maintenaient que si la technique était entretenue ;
- institutionnelles : l'administration des hôpitaux y fit souvent obstacle en refusant les moyens de l'appliquer. On verra que cette difficulté n'est pas limitée à son application. Toute l'histoire de la psychiatrie, des hôpitaux psychiatriques, particulièrement en France, a été marquée par des problèmes d'argent. Le traitement moral de Pinel à la fin du XVIII^e siècle et au cours des XIX^e et XX^e siècles n'a pas pu être appliqué parce que les gouvernements n'avaient pas prévu les budgets nécessaires. Il a fallu attendre la création de la Sécurité sociale pour que les malades puissent être pris en charge, payer le prix de leur hospitalisation, l'hôpital se trouvant ainsi doté d'un budget lui permettant de fonctionner, mais son utilisation fut toujours restrictive. L'évolution en cours, avec l'application de la nouvelle loi HPST (« hôpital, patient, santé, territoire ») visant à la réorganisation non seulement des hôpitaux, mais de l'ensemble du système de santé en France, inspire les pires inquiétudes et les plus vives critiques. On dit couramment que le but n'est plus de soigner les malades, mais les budgets !

La technique d'économie de jetons garde tout de même des avantages pour certains patients, à condition d'être appliquée d'une manière souple, intelligente et adaptée à chaque personnalité. Les indications concernent plutôt, en milieu institutionnel, les troubles de la personnalité antisociale, certains troubles de la personnalité de type états limites à comportements délictueux, à condition de l'utiliser correctement et d'en avoir les moyens financiers.

Les techniques de thérapie comportementale et de psychothérapie cognitive ont beaucoup évolué ces dernières années. Mais elles occupent actuellement, sous des formes renouvelées, une place majeure dans le traitement de malades psychotiques et notamment des patients souffrant de schizophrénies, sans pour autant impliquer un maniement particulier de l'argent.

En psychothérapie individuelle à l'hôpital

Exemple n° 4

Il s'agit du cas de monsieur V., homme d'une quarantaine d'années, atteint d'une forme dysthymique de schizophrénie. Son trouble évoluait par poussées successives séparées d'intervalles libres. Ce malade, par ailleurs bien stabilisé par son traitement, était suivi régulièrement en cure ambulatoire dans le cadre de l'une des premières expériences pilotes de la sectorisation [11,13]. Ses consultations avaient plusieurs objectifs : suivi sur le plan psychiatrique, surveillance du traitement médicamenteux et mise en œuvre de

la dimension psychothérapique à laquelle ce malade s'avérait plus spécialement attaché. L'évolution était favorable. Il avait pu reprendre sa vie de famille et un travail modestement rémunéré en atelier protégé. Ce malade demandait à payer des honoraires à son psychiatre, car il voulait que ce soit une « vraie psychothérapie ». Le psychiatre s'employait à le rassurer sur ce point, à lui expliquer qu'il était rémunéré dans le cadre du service public, que sa participation financière à son traitement était assurée par les prélèvements effectués sur son salaire chaque mois, mais rien n'y faisait. Son insistance devint telle que le psychiatre examina sa demande plus précisément en supervision. Après mûre réflexion et l'aval du superviseur, il fut proposé au malade de verser une modeste contribution à l'association qui gérait en ce temps l'expérience de sectorisation. Le malade accepta, bien qu'il eût préféré un cadre identique à celui de la pratique libérale. Un contrat fut donc passé et reçut un début de réalisation. Mais au bout de quelques semaines, une rechute bruyante le ramena en urgence à l'hôpital. Son délire se réactiva autour du thème de l'extorsion de fonds dont il accusait son psychiatre de s'être livré à son égard : il lui prenait son argent, il voulait le ruiner, il exploitait le pauvre malade qu'il était... Sa demande insistante, les délibérations qu'elle avait suscitées, le contrat passé étaient complètement oubliés. Il voulait porter plainte. Évidemment, le psychiatre fut fort préoccupé par cette rechute qui refit l'objet d'un travail d'élaboration en supervision.

Cet exemple montre l'ambivalence et la discordance de la démarche d'un malade psychotique nécessitant moult précaution. L'argent dans cette relation thérapeutique possède un aspect positif : le malade voulait s'acquitter de sa dette, il voulait aussi se revaloriser pour être un malade comme ceux suivis en pratique libérale, moins malades au fond selon lui. Il possède aussi un sens négatif : la demande partiellement satisfaite du patient suscita des sentiments de frustration et de persécution massifs réactivant un délire.

L'évolution fut favorable et le patient reprit son suivi, mais il ne fut plus question d'argent.

La frustration et la gratification ne doivent jamais être considérées isolément, mais toujours utilisées dans leur rapport de réciprocité et d'interaction.

Exemple n° 5

Monsieur T. était un schizophrène alcoolique sevré, quinquagénaire, suivi sur son secteur après maintes hospitalisations. Il vivait dans un foyer de postcure, bien stabilisé. Il avait rompu avec sa famille. Il participait aux activités d'un atelier occupationnel où il exerçait ses talents de dessinateur et de peintre. Ce malade mettait en œuvre un important clivage dans l'équipe soignante : il entretenait une relation positive avec une partie de l'équipe infirmière et avec l'interne qui le suivait, mais faisait preuve d'hostilité vis-à-vis du psychiatre responsable du service et de l'autre partie de l'équipe soignante. Parmi ses difficultés, il avait vécu une relation conflictuelle avec son père décédé avant qu'il pût se réconcilier avec lui et sans avoir pu assister à ses obsèques en Suisse romande.

L'idée lui vint, à l'approche de la Toussaint, de s'y rendre pour se recueillir sur sa tombe et tenter de se réconcilier avec lui. Le psychiatre accueillit cette idée favorablement, mais lui fit considérer que sa réalisation pouvait être prématurée, d'autant que les délais semblaient trop justes, qu'il demeurerait sous tutelle... Le surgissement de ce projet paraissait impromptu. Il eût mieux commencé à le réaliser en imagination ou en fantasme, à y travailler en psychothérapie pour que sa maturation permette une réalisation fructueuse. Mais le malade persistait dans son intention au point qu'après beaucoup d'hésitation, le psychiatre décida de lui prêter lui-même la somme d'argent nécessaire malgré le caractère très risqué de ce pari thérapeutique. Finalement, le pari fut probant. Quelques jours après, le malade se présenta à sa consultation visiblement fier et remit intégralement la somme d'argent prêtée. Il ne l'avait pas dépensée en boissons ni perdue, il pouvait la rendre comme prévu et comme promis. Il reconnut le caractère prématuré de sa démarche, car il n'avait pas pu retrouver la tombe ni d'ailleurs revoir les membres de sa famille comme il le voulait. Il avait compris qu'il aurait pu réaliser ce projet dans sa vie intérieure et ainsi régler ce problème symboliquement. Le mécanisme de clivage disparut complètement, l'alliance thérapeutique se renforça à l'égard de l'équipe soignante et particulièrement avec son psychiatre, élu pourtant antérieurement comme persécuteur, ayant peut-être transférentiellement représenté l'imaginaire paternelle.

Cet exemple ne peut pas se généraliser, mais il permet une réflexion différente sur le rapport de la frustration et de la gratification qui apparaît nettement. Le dogme rigide et sommaire de la nécessité du paiement en psychothérapie doit être revu et nuancé.

Il n'en est pas pour autant annulé.

Une autre manière fréquente pour le médecin et le psychiatre d'intervenir dans le maniement de l'argent pour son malade est l'indication des mesures de protection des incapables majeurs prévues par la loi du 3 janvier 1968. Il convient de protéger le malade des effets destructeurs de son comportement, mais les conséquences de l'application de ces mesures peuvent être plus importantes [28] comme le montrent les exemples suivants :

Exemple n° 6

Voici un homme d'âge moyen, chef d'entreprise, marié, père de deux enfants. L'entreprise était surtout dirigée par ses parents et le conseil d'administration. Le malade en était plutôt l'agent exécutif. Ses parents, surtout sa mère, faisaient livrer chez lui tout ce dont sa famille pouvait avoir besoin jusqu'aux moindres détails dont ni lui ni sa femme n'avaient le choix : ameublement, linge, nourriture, jusqu'au papier à lettres. Tout demeurait sous le contrôle maternel. Il n'avait jamais d'argent liquide sur lui, sa mère vérifiait ses poches quand il rentrait le soir.

Un jour, son père mourut : le malade fit un accès maniaque de deuil. Il devint très excité, montait les escaliers quatre à quatre malgré son rhumatisme entravant ses déplacements habituels et faillit mettre en péril son entreprise par ses dépenses inconsidérées : achat de machines pour rénover

le matériel, notamment un énorme camion, si gros qu'il ne pouvait pas entrer dans la cour de l'usine, location de toutes les chambres d'un grand hôtel pour y réunir les chefs d'entreprise d'Europe, etc.

Il fut hospitalisé sans son consentement. L'hospitalisation fut vécue comme un drame par sa famille qui n'y consentit que forcée par les nécessités. Devant l'ampleur du désastre, le psychiatre proposa une mise sous tutelle. La mère du patient refusa dans un premier temps, espérant malgré son grand âge gérer et redresser la situation. Mais les dépenses furent tellement considérables qu'il fallut s'y résoudre. Un conseil de famille fut réuni, comme il est de règle, sous la présidence du juge des tutelles. Le frère aîné du malade, entrepreneur lui aussi, fut désigné comme le gérant de la tutelle. L'état du malade s'améliora, l'impotence rhumatismale réapparut. Alors qu'il voulait intenter un procès au psychiatre qu'il rendait responsable de ces mesures, le patient apprécia la situation. Effectivement, cette tutelle légale avait sauvé son entreprise de la faillite et surtout l'avait libéré de la tutelle maternelle bien plus étouffante et astreignante. Ils avaient obtenu, lui et sa femme, une liberté nouvelle.

La mesure de tutelle fut progressivement allégée au fil de l'amélioration du patient. Sa mère, à l'inverse, fit un accès dépressif sévère et se retira des affaires.

Ici, une mesure médico-légale visant la gestion de sommes d'argent considérables a eu d'importantes répercussions psychologiques tant sur le patient que sur sa famille.

On peut remarquer que, souvent, les manipulations d'argent dans les familles sont à la fois le symptôme et le moyen d'expression ou de réalisation des relations perturbées, des manifestations pathologiques. Il est intéressant de voir comment l'intervention du médecin et surtout du psychiatre dans ce domaine peut jouer sur ces facteurs.

En voici un autre exemple.

Exemple n° 7

Il s'agissait d'une jeune patiente, atteinte de schizophrénie dysthymique évoluant par des accès de grande intensité. Son père dirigeait l'agence locale d'une importante entreprise.

La vie familiale était très perturbée, à la fois par la pathologie de la malade et par celle de sa mère, atteinte d'un trouble bipolaire. Elle demeurait hypomane pendant les intervalles libres. Cette famille semblait vivre dans une grande aisance financière et les rapports d'argent y dominaient, servant, comme c'est souvent le cas, aux uns à manipuler les autres. La malade était d'une prodigalité impressionnante et surtout ne pouvait rien garder. Par exemple, son père lui apporta un jour une somme d'argent importante qu'il lui remit directement au lieu de la déposer, comme il est conseillé, auprès du service administratif de l'hôpital. Il était à peine parti que le malade se plaignait de la disparition de cette somme qu'elle avait négligemment glissée dans une poche percée. Le père revint aussitôt compenser la perte. Il en était ainsi régulièrement et, par ailleurs, les parents reprochaient avec

véhémence à leur fille son comportement irresponsable et arguaient de leur générosité pour la manipuler dans différents sens.

Il fut donc décidé de prendre à son égard une mesure de protection. Il fut difficile de la faire accepter par les parents, mais ils en comprirent l'intérêt et elle finit par être adoptée bien qu'elle les privât de leur pouvoir d'agir sur leur fille. L'adoption de cette mesure, qui fut finalement celle d'une tutelle, transforma les rapports dans la famille et notamment ceux de la malade et de ses parents.

Mais en outre, elle eut pour intérêt d'améliorer l'observance de la malade qui était très mauvaise. Elle refusait son traitement, prétendait aller bien et était tout à fait capable, dans ses périodes de rémission, de donner le change et de simuler un état normal. Beaucoup s'y laissaient prendre, notamment des médecins généralistes qui ne la connaissaient pas et qui acceptaient ses demandes de modification ou d'arrêt de son traitement, notamment médicamenteux. La rechute ne se faisait pas attendre et elle était bruyante : elle s'enfermait chez elle, se mettait à pousser des cris qui ameutaient ses voisins et à présenter des troubles du comportement qui nécessitaient d'aller la chercher pour la réhospitaliser.

À partir du moment où elle fut sous tutelle, il fut convenu qu'aucune somme d'argent ne lui serait remise sans qu'elle ait d'abord été vue en consultation par le psychiatre qui la suivait et qu'elle ait participé aux différentes activités thérapeutiques prévues dans le cadre de son traitement. Elle y fut très réticente, opposa beaucoup de résistances, chercha à biaiser, mais finalement accepta cette situation, et son état en fut grandement amélioré. Les rechutes devinrent beaucoup plus rares et moins sévères, et elle put vivre dans de meilleures conditions.

On voit là encore comment la mise en place d'une mesure de protection a très largement dépassé ses effets directs et littéraux pour en développer d'autres plus psychologiques, l'ensemble ayant eu finalement un résultat positif. On pourrait toutefois discuter de l'aspect de contrainte de cette mesure.

Dans un tel exemple, par l'adoption d'une mesure administrative, le médecin, en l'occurrence le psychiatre, est intervenu dans la gestion de l'argent de cette famille et notamment dans celle de la malade. Les échanges d'argent y symbolisaient le dérèglement des relations et en étaient en même temps le moyen.

On peut dire par ailleurs que de cette façon la manipulation a changé de sens : au lieu de régir les échanges relationnels au sein de la famille, elle est passée du côté des soignants qui l'ont prise en charge, mais cette fois-ci non plus au service de la répétition pathogène, mais au contraire au service du traitement et du bien-être, et dans le respect de l'éthique. De toute façon, tout traitement, y compris la psychothérapie, est une forme de manipulation positive et libératrice, acceptée et même demandée par le malade ou, au contraire, dans un premier temps imposée à lui, mais dans une finalité thérapeutique. On critique à juste titre la manipulation quand elle s'exerce d'une manière pathogène, au détriment de l'autre et au profit de celui qui l'exerce.

Ce genre de situation est très fréquent. On sait que les services de gestion des biens sont surchargés. L'adoption de mesures de protection est donc très souvent rendue nécessaire par l'état des malades mentaux les plus graves, dont la perte du sens de la réalité amène d'importants troubles du comportement, notamment dans la gestion de leur réalité matérielle.

Mais l'indication et l'adoption de ces mesures ne sont pas toujours réalisées en tenant compte de leur arrière-plan psychologique ou psychothérapique.

On voit à travers ces exemples que la mesure de protection a non seulement permis une meilleure régulation de la gestion des biens, c'est-à-dire une circulation de l'argent, mais a modifié souvent profondément l'économie psychique individuelle ou familiale corrélative.

En psychothérapie individuelle en ville

Le problème du maniement de l'argent se pose bien entendu et encore plus dans la pratique de la consultation ambulatoire.

Exemple n° 8

Ce malade d'une quarantaine d'années souffrait d'un trouble grave de la personnalité de type obsessionnel invalidant. Il vivait en foyer et ne pouvait travailler qu'avec difficulté en atelier protégé. Suivi en psychothérapie sur son secteur psychiatrique, le cours de la psychothérapie stagnait. Il restait réticent, ne parlait de ses difficultés que laborieusement. Son psychiatre lui demanda un jour une participation financière. Il supposait logiquement qu'une partie de ses difficultés provenait de sa difficulté à exprimer son agressivité dans le transfert faisant montre plutôt de rétention et d'inhibition. La question fut abordée avec tact et la solution proposée fut celle du versement d'une somme au fonds de l'association qui gèrait ce secteur. Le malade protesta avec véhémence contre ce versement d'argent, alors qu'il était si pauvre, qu'il arrivait à peine à vivre, que c'était une honte de le traiter ainsi. Il exprima longuement et massivement toute sa révolte teintée d'indignation. L'expression de sa colère fut constamment encouragée lors de plusieurs séances. Parallèlement, il s'améliora. Les obsessions diminuèrent d'intensité, ainsi que son angoisse. Il s'épanouit, élargit ses relations, transforma sa vie.

Ici, l'indication de la participation financière se justifie pour ce patient dont l'expression est du registre névrotique. On notera que le passage d'un régime de gratuité à un régime de paiement, en réalité très modeste et symbolique, tenant compte de la situation, fut opéré d'une manière étudiée, progressive et attentive. La frustration engendrée par le paiement fut compensée par la gratification de pouvoir exprimer en toute liberté l'agressivité malgré son intensité.

Là encore, sans généraliser, car cela pourrait aggraver la situation de certains obsessionnels, l'usage de l'argent comme source de frustration, dans le maniement du rapport frustration/gratification, a été efficient.

L'argent est-il le seul moyen d'agir sur le couple gratification/frustration ? Non. En psychanalyse, le principal moyen de frustration, mais aussi de gratification réside dans la dialectique du silence et de la parole. En voici un exemple.

Exemple n° 9

Un homme d'une quarantaine d'années était suivi par une femme psychotérapeute dans un centre de traitement de la douleur. Il souffrait de douleurs nombreuses, variées, non systématisées, le gênant considérablement. Toute étiologie organique, après des bilans approfondis, fut exclue. L'équipe du centre d'algologie avait indiqué cette psychothérapie dans le programme thérapeutique pluridisciplinaire. La psychotérapeute rapportait ce cas paraissant bien difficile en groupe de supervision. Le malade avait accepté une psychothérapie verbale, mais il ne disait strictement rien. Son silence était quasiment absolu. Curieusement, il laissait souvent s'exhaler de profonds soupirs sans pouvoir s'en expliquer et de temps à autre formulait à mi-voix des réflexions sur l'inutilité d'un traitement qu'il poursuivait, sans pourtant s'en expliquer davantage.

Un jour, après plusieurs mois de suivi, la psychotérapeute accusa un important retard lié à un embouteillage sur le trajet de son cabinet. Elle ne put pas prévenir le malade. Celui-ci l'attendit tout de même. Quand la séance commença, contrairement à son habitude, le malade explosa brusquement en une violente diatribe exprimant les reproches qu'il faisait à sa thérapeute de ce retard et il lui fit part de toutes ses doléances. Elle laissa le patient s'exprimer jusqu'à ce que le malade présentât ses excuses pour s'être laissé aller ainsi. La psychotérapeute le félicita au contraire d'avoir pu exprimer ses émotions et l'incita à en chercher les raisons. À partir de cet incident, le déroulement de sa psychothérapie fut complètement transformé. Plus tard, il put constater l'atténuation de ses douleurs. Il put réaliser que son silence était nourri de projections hostiles. Une solide alliance thérapeutique fut établie et l'évolution en fut très positive. Le malade guérit. Il apprit des techniques complémentaires, telle la relaxation qui le soulagea.

Cet exemple est intéressant à plus d'un titre.

Il montre le rôle bien connu du retournement contre soi de l'agressivité dans la psychogenèse de la douleur et surtout l'importance de son expression en psychothérapie [10].

Il montre l'efficacité d'une psychothérapie éclectique : attitude expectante, conseils, aide à la verbalisation, frustration, puis gratification, exploitation positive d'un incident inopiné, apprentissage de la relaxation.

Le rôle de l'argent, contrairement à l'exemple précédent, est très discuté ici. Cette psychothérapie s'inscrivait dans le cadre d'un service public hospitalier. Le malade payait le prix modique d'une consultation hospitalière en le réglant au guichet du service administratif. Il était remboursé, bénéficiant du tiers payant, et ne payait pas de dépassement d'honoraires. Le déblocage de la situation fut provoqué par le retard involontaire de la psychotérapeute. Le patient le vécut dans le sens d'une blessure narcissique

intolérable et put enfin aborder les aspects infantiles de sa souffrance à partir de cet incident. Cela ne justifie pas pour autant les actes manqués des psychothérapeutes. Cette frustration déclenche l'expression de l'agressivité jusqu'alors très contenue et a été suivie d'une intense gratification réparatrice et correctrice de la part de la psychothérapeute qui a été bien inspirée de réagir de cette façon très anaclitique. Il n'existe pas de frustration ou de gratification isolée, mais un couple de deux attitudes inverses et complémentaires. Ici fut créée « l'expérience émotionnelle correctrice » qui est un des facteurs communs de l'action psychothérapique.

Il faut être formé à ce genre de pratique, mais nous voyons encore que le rôle de l'argent dans l'échange direct entre le psychothérapeute et le patient par « l'entente directe », selon l'expression du Conseil de l'Ordre des médecins, ne fut pas réalisé ici.

Exemple n° 10

Il s'agissait d'un ingénieur atteint de tuberculose pulmonaire. Ce patient avait été hospitalisé et était par la suite traité sur un mode ambulatoire. Il allait régulièrement faire surveiller son évolution au dispensaire antituberculeux dont l'accès était gratuit. À cette époque, on surveillait les malades en radioscopie. Ils passaient chacun leur tour dans la salle obscure, derrière l'écran, et le phtisiologue qui pratiquait l'examen dictait son compte-rendu à une secrétaire pour chaque malade. Il ne voyait vraiment pas les malades, qu'il ne connaissait que par l'image de leurs poumons sur l'écran de l'appareil. En outre, ce malade faisait régulièrement entretenir son pneumothorax par un autre médecin dans une salle adjacente. Par la même occasion, on lui renouvelait aussi son ordonnance.

Un jour, il ne put pas se rendre à la séance du dispensaire et prit rendez-vous au cabinet du phtisiologue qui le suivait.

Il fut bien accueilli et expliqua les motifs de sa consultation. Le phtisiologue ne le reconnaissait pas. Mais quand il passa derrière l'écran de l'appareil de radioscopie, il s'exclama : « Ah ! mais oui ! Je vous connais... ! C'est vous qui avez cette caverne et ce pneumothorax ! » Et il se mit à décrire les lésions d'une manière précise.

Cet épisode frappa le patient et il le présentait comme argument d'une critique à la fois de la médecine organique (le praticien connaissait bien l'organe, mais pas la personne du patient) et des rapports d'argent (en médecine de dispensaire, gratuite, on ne connaissait que l'organe malade – certes bien traité –, mais en pratique libérale, on connaissait à la fois l'organe malade et la personne avec tout ce qu'implique un rapport interpersonnel, même bref et limité, notamment sur le plan psychologique, et ses conséquences sur l'évolution de la maladie).

Ces exemples montrent la diversité de situations où le maniement de l'argent est impliqué dans les différentes formes de psychothérapie sans que l'on puisse en tirer une règle généralisable. Cependant, il apparaît que cette variable est importante à prendre en compte. Il est tout à fait recommandable d'analyser régulièrement et soigneusement la dynamique et la

symbolique de chaque cas et d'en tirer les applications particulières qu'il requiert. Se priver de ce travail revient à diminuer l'efficacité de la pratique clinique et à se priver d'utiles moyens d'action. D'où l'intérêt de cette étude.

Conclusion

D'un point de vue pratique, on pourrait retenir les points suivants :

- a. On n'a jamais pu démontrer que les psychothérapies remboursées par les caisses d'assurance, ou même pratiquées à titre gratuit, contrairement à ce qui est trop souvent avancé, soient moins réussies que les autres. Inversement, divers travaux de recherche ont montré que des cures psychanalytiques standards gratuites pouvaient être conduites avec succès.
- b. Mais il est utile de s'interroger sur le rôle du maniement de l'argent dans une psychothérapie ou dans les différentes formes de relation thérapeutique, quelles qu'elles soient. Notamment, il est important que le praticien s'interroge sur sa position à ce sujet, quel que soit le mode de psychothérapie entrepris ou la structure de soins dans laquelle il fonctionne.
- c. La notion de gratuité, au sein du service public en particulier, doit être réexaminée, car rien n'est gratuit. Les systèmes gratuits ne le sont qu'en apparence. Dans les systèmes gratuits ou les systèmes d'assurance, on organise la mutualisation des coûts. C'est la collectivité dans son ensemble qui assure la protection de ses membres et qui règle les frais pour chacun. Il y aurait ainsi beaucoup à dire sur la crise actuelle de la protection sociale en France et dans d'autres pays, mais cette question dépasse notre sujet.
- d. Le maniement de l'argent dépasse son aspect matériel. Il a des répercussions psychiques. La monétique entretient des rapports étroits à l'imaginaire et ses fantasmes. L'argent, ou la monnaie, est un signe particulier, signe de la valeur de l'échange qui s'inscrit dans la relation entre le praticien et son patient.
- e. Enfin, l'argent, ou la monnaie, au-delà de cette relation, est le fruit d'une création de l'humanité dans ses civilisations et y joue un rôle devenu essentiel, mais sur lequel on ne réfléchit pas assez en termes de signification.

Références

- [1] Amar A. Essai Psychanalytique sur l'argent. *Rev Fr Psychanal* 1956;20(3):332-44.
- [2] Ayllon T, Azrin N. The token economy : a motivational system for therapy and rehabilitation. New York: Appleton Century Crofts; 1968.
- [3] Borneman E. La psychanalyse de l'argent. Paris: PUF; 1978. pp. 9-82.
- [4] Chambon O, Marie-Cardine M. Les psychothérapies cognitives dans l'institution. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 96^e session. 10-15 mai 1998 ; Saint-Gilles-les-Bains, Saint-Paul, île de la Réunion. Paris: Média flash; 1998.
- [5] Colmin JL. Les échanges économiques : éléments de thérapeutique institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique [thèse de doctorat]. Paris ; 1961.
- [6] Freud S. Caractère et érotisme anal. *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF; 1973. p. 143-8.

- [7] Freud S. Sur les transformations des pulsions, particulièrement dans l'érotisme anal. *Rev Fr Psychanal* 1928;2(4):609-16.
- [8] Furtos J. Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs. Paris: Masson; 2008.
- [9] Gagnon J. Le mode de paiement et la relation médecin-malade. *Psychol Méd* 1991;23(6):687-90.
- [10] Glover E. Technique de la psychanalyse. Paris: PUF; 1958.
- [11] Guyotat J, Hohmann J. Recherche sur l'implantation et le développement d'une activité psychiatrique de secteur. *Bulletin de l'Inserm* 1970;25(2):327-34.
- [12] Hersen M, Eisler RM, Smith BS, Agrad WS. A token reinforcement ward for young psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1972;129(2):228-33.
- [13] Hochmann J. Pour une psychiatrie communautaire. Paris: Seuil; 1971.
- [14] Jessua C. Les sociétés sans argent. *La Nef* 1977;65.
- [15] Kovess V, Buras-Eisenberg A. Influence du mode de paiement sur la demande de psychothérapie. Comparaison entre les clients de psychanalystes, d'un psychiatre conventionné et d'un centre gratuit de la région parisienne. *Soc Psychiatry* 1983;18(1):13-24.
- [16] Lacan J. *Silicet* 1975;5.
- [17] Lazignac C, Damsa C, Cailhol L, Andreoli A, Pichene A, Moro MR. Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques. *Ann Méd Psychol* 2005;163(1):53-7.
- [18] Levy-Leblond E. Psychanalyse et argent : aperçu bibliographique. Séminaire. Paris: Inserm U158; 1982.
- [19] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). JO 22 juillet 2009.
- [20] Luborsky L. Therapeutic alliance as predictors of psychotherapy outcomes : factors explaining the predictive success. In: Horvath AO, Greenberg LS, editors. *The working alliance : theory, research and practice*. New York: Wiley; 1984. p. 38-51.
- [21] Malinowski BK. Les argonautes du Pacifique occidental. Paris: Gallimard; 1989.
- [22] Marie-Cardine M. Influence éventuelle des divers systèmes de rémunération sur la relation médecin-malade. *Psychol Méd* 1971;3(2):263-80.
- [23] Marie-Cardine M. L'argent et le modèle économique en psychothérapie. In: Guyotat J, editor. *Psychothérapies médicales : aspects théoriques, techniques et de formation*. t. I. Paris: Masson; 1978.
- [24] Marie-Cardine M. L'ordre narcissique et l'argent dans la pratique médicale. *L'évolution psychiatrique*. 1974;39(1):47-58.
- [25] Marie-Cardine M. Le médecin, le malade et l'argent. Villeurbanne: SIMEP éditions; 1973.
- [26] Marie-Cardine M. Le rôle de l'argent dans la relation thérapeutique : contribution à l'étude de certains aspects de psychologie médicale et de thérapeutique institutionnelle [thèse]. Lyon: Tixier; 1968.
- [27] Marie-Cardine M. Le rôle de l'argent dans les structures de soins. *Med Hyg* 1980;38:1392. 3096-3097.
- [28] Marie-Cardine M. Paiement et gratuité de l'acte psychiatrique. In: Olié JP, Gay C, editors. *L'assistance psychiatrique en question*. Paris: Doin; 1986.
- [29] Marie-Cardine M, Rengade CE. Le rôle de l'argent dans la relation et les structures de soins. In: Pirnay P, editor. *L'éthique en médecine bucco-dentaire*. Paris: Espace ID; 2012. p. 105-8.
- [30] Mauss M. Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. Paris: PUF; 1960.
- [31] Meyer A. The philosophy of occupational therapy. *Am J Occup Ther* 1977;31(10):639-42.

- [32] Oberdorf CP. Psychopathologie du travail. *Bull Menninger Clin* 1951;15(3): 77-84.
- [33] Odier C. L'argent et les névrosés I. Partie clinique : argent et homosexualité. *Rev Fr Psychanal* 1928;2(4):617-710.
- [34] Odier C. L'argent et les névrosés II. *Rev Fr Psychanal* 1929;3(4):690-734.
- [35] Reiss-Schimmel I. *La psychanalyse et l'argent*. Paris: Odile Jacob; 1993.
- [36] Silvestre D. Les premières expériences de psychanalyse gratuite. Séminaire. Paris: Inserm U158; 1982. pp. 3-9.
- [37] Unité de recherches psychanalytiques et sociologiques en santé publique. Séminaire : psychanalyse et argent. Paris: Inserm U158; 1983. pp. 9-11.
- [38] Valabrega JP. *La relation thérapeutique : malade et médecin*. Paris: Flammarion; 1962.
- [39] Viderman S. *De l'argent en psychanalyse et au-delà*. Paris: PUF; 1992.
- [40] Wallon H. *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris: PUF; 1934.
- [41] Winnicott DW. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot; 1989. p. 109-25.

Conclusion

Nous arrivons au terme de ce travail de collaboration et de discussion de nos expériences de psychothérapies. Contrairement à l'habitude, nous sommes partis de notre pratique auprès des patients, sans a priori théorique ou technique, pour rechercher les moyens de les traiter au mieux, selon leurs besoins. Nous avons comparé plusieurs approches théoriques ou techniques, utilisées simultanément ou successivement, dans le but de nous adapter à leurs difficultés, sans jamais imposer au préalable un choix souvent guidé par une idéologie ou une mode, car nous ne disposons pas encore de critères suffisamment solides d'indication.

L'immense complexité de la personnalité humaine ne peut être cantonnée à une seule théorie, car la théorie n'est qu'une manière de découper la réalité dans un sens, surtout en sciences humaines, et reste aujourd'hui spéculative et humble, sans sombrer dans le scientisme omnipotent. De même, en matière de psychothérapie, les théories les plus complètes ne sauraient viser à l'universalité.

Les indications des psychothérapies, alors même qu'elles ont été largement étendues, restent pourtant encore floues et sont parfois proposées à de nombreux cas qui n'en relevaient pas, d'où des échecs dénoncés aujourd'hui. En outre, la pratique psychothérapique demeure encore beaucoup trop « procustéenne », comme évoquée en introduction de ce livre, chacun utilisant, en fonction de ses préférences, une technique à laquelle le patient doit absolument s'adapter, comme devaient s'adapter à son unique lit les hôtes du célèbre et dangereux aubergiste. Les théories et les techniques psychothérapiques ont souvent été considérées comme le reflet du fonctionnement psychique de leurs auteurs qui s'y sont identifiés. D'autres, et la métaphore de Procuste pourrait s'y étendre, défendent telle théorie ou telle technique, à l'instar d'un conformisme qui tend à l'uniformisation, pour faire ressembler leurs patients à leur théorie. Heureusement, la personnalité de chaque patient, plus complexe, plus riche, ne saurait s'y réduire, d'où de nombreuses difficultés rencontrées et toujours sans solution.

Il convient alors d'aborder des approches novatrices, quoique parfois contestées, comme celles de l'éclectisme pratique et de l'intégration théorique. L'intégration théorique reste un objectif, une voie de recherche, voire une utopie, à l'œuvre depuis de nombreuses années, notamment dans le monde anglo-saxon, et qui n'a toujours pas abouti. L'approche éclectique, si elle suscite des oppositions, notamment en France [1,4], revêt plusieurs aspects [3], en particulier celui de la théorie et de la pratique des facteurs communs [7] et celui de la psychothérapie multimodale [2]. Évidemment, l'avenir devra soutenir et développer des études scientifiques rigoureuses pour consolider ces approches encore trop peu développées [5] et évitera l'écueil par trop souvent rencontré de pratiques confuses au syncrétisme théorique amorphe et indigeste.

Nous visons donc à nous situer dans cette ligne de mire, spéculative et critique, plutôt que de chercher des réponses à travers des études statistiques souvent difficiles à réaliser et par ailleurs largement connues. Nous aspirons à travailler à partir de rencontres cliniques concrètes issues de nos pratiques et ainsi confronter dans la collaboration nos différents points de vue et donc les différentes solutions qui pouvaient être envisagées aux problèmes techniques posés. Notre seule éthique repose sur la créativité issue de cette confrontation et le rejet systématique de la plainte revendicatrice et stérile se justifiant de quant-à-soi théoriques. Nous espérons, ici, pouvoir offrir à ceux qui le souhaitent un outil supplémentaire et original pour leur permettre de poursuivre leur formation ou de promouvoir leurs réflexions et leurs recherches. Pour les uns, ce travail aura présenté une version trop simplifiée des problèmes toujours très complexes que nous rencontrons quotidiennement et, pour les autres, au contraire, un aspect déjà trop compliqué. Mais, pour nous justifier, nous invoquerons Paul Valéry [6] : « Ce qui est simple est toujours faux, ce qui ne l'est pas est inutilisable. »

Références

- [1] Ionescu S, Blanchet A. *Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie*. Paris: PUF; 2008.
- [2] Lazarus AA. *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer Pub Co; 1976.
- [3] Lecomte C, Castonguay LG. *Rapprochement et intégration en psychothérapie : psychanalyse, béhaviorisme et humanisme*. Montréal: Éditions Gaëtan Morin; 1987.
- [4] Marie-Cardine M, Chambon O, Meyer R. *Psychothérapies : approche intégrative et éclectique*. Brignais: Le Coudrier Édition; 1994.
- [5] Norcross JC, Goldfried MR. *Psychothérapie intégrative*. Paris: Desclée de Brouwer; 1998.
- [6] Valéry P. *Œuvres*, Vol. 2. Paris: Gallimard; 1960.
- [7] Wampold BE. *The great psychotherapy debate : models, methods and findings*. 1st ed New York: Routledge; 2001.

Index des mots clés

A

Abandon, 20
Abréaction, 60
Abstraction, 203
Accès maniaque de deuil, 216
Acting out, 48, 49
Adoption, 180
Affect, 45
Agir
– symbolique, 98
– thérapeutique, 99
Agressivité, 208
Alcoolisme, 38, 102, 164, 212
Alexithymie, 137
Alliances, 195
Alliance thérapeutique, 20, 31, 88, 165, 208
Alter ego, 18
Altérité, 32
Ambivalence, 23, 42, 164
Ambulatoire, 2, 99
Anaclitisme, 17, 60, 96–99, 162
Analyse fonctionnelle, 86, 98, 122, 124
Angoisse, 153
Anomie, 181
Anthropologie, 182, 199
Antidépresseur, 96
Argent, 188, 199
– éthique, 209
– valeur, 210
Art-thérapie, 211
Ataraxie, 75
Atropiniques (effets), 96
Attention flottante, 152
Attitude
– contre-transférentielle, 60
– découvante, 30
– éclectique, 29, 100, 175
– émotionnelle, 70
– expectante, 32, 152
– intérieure, 45

– multimodale, 100
– procustéenne, 100
– psychanalytique, 32
– psychodramatique, 99
– psychodynamique, 93, 98
– rogérienne, 32
– transférentielle, 17, 60
Automatisme
– mental, 170
– psychologique, 170
Autonomie, 181
Auto-observation, 98

B

Bénéfices, 97
Biais cognitif, 124
Biofeedback, 60
Biographie, 45
Biologie, 179
Biomédecine, 179
Biométrie, 184
Biopsychosocial (modèle), 12
Boulimie, 88, 92
Bulle narcissique, 13

C

Cadeau, 203, 210
Cadre, 22
Catalyseur, 33
Catharsis, 60
Cause première, 19
Cercles vicieux, 86
Champs relationnels, 137
Civilisation sumérienne, 203
Classification, 7
Clinique, 2, 178
Clivage, 97
Clone, 182
Coalescence, 88
Cognition, 122
– sociale, 70

- Cognitivisme, 32
- Coincidence mort/naissance, 185
- Communication
 - familiale, 23
- Complainte, 38, 43
- Comportement*, 122
- Composantes familiales, 195
- Conceptualisation, 31, 39, 55
- Conditionnement*
 - de type II, 212
 - opérant, 212
 - répondant, 212
- Confiance, 97
- Conflit, 23
 - familial, 101, 190
 - œdipien, 163
 - psychique, 57
- Confluence, 88
- Confrontation, 98
- Contacts physiques, 137
- Contemplation*, 32
- Continuité, 20
- Contraception, 179
- Contradictions, 32
- Contrat, 22
- Contre-transfert, 172
- Conversion (mécanisme de), 56
- Co-pensée, 70
- Co-thérapie*, 60
- Crédit, 204
- Croyances*, 123
- Culpabilité, 20, 208, 209
- Cures
 - gratuites, 206, 209
 - payantes, 209
- D**
- Daseinsanalyse*, 137
- Défense, 42
 - maniaque, 41
 - paranoïaque, 41
- Délire, 152
 - chronique, 187
 - de filiation, 182
- Demande, 27, 41, 42
- Démence, 187
- Déni, 41
 - de la réalité, 31
- Déontologie, 18, 25
- Dépendance, 20, 93, 97, 99
- Dépression, 40, 92, 122, 193
 - masquée, 56
- Désensibilisation systématique, 61
- Déterminisme
 - circulaire, 19
 - linéaire, 19
- Dette, 208, 209
- Deuil, 40
 - pathologique, 173
- Développement personnel, 137
- Diachronie, 196
- Diagnostic psychopathologique, 30
- Dialogue
 - hallucinatoire, 44
 - inconscient, 47
- Différent, 191
- Diplôme universitaire de psychothérapie de Lyon, 2
- Distance, 32, 33
- Distanciation, 88
- Divan, 40
- Don, 201
- Double (image du), 182, 191
- Double lien, 164
 - communication (en), 95
- Double registre, 55
- E**
- Échanges, 202
- Échecs thérapeutiques, 122
- Écholalie, 44
- Économie de jetons, 212
- Écoute, 32, 42, 60
- Écriture, 201, 203
- Einführung*, 68
- Élaboration, 96
- Émotion*, 122
- Émotivité, 93
- Empathie, 32
 - catégorielle, 71
 - d'action, 69
 - d'affect, 71
 - dimensionnelle, 72
 - motrice, 71
 - technique de l'écho, 74
 - verbale, 71
- Enfant, 179
 - intérieur, 138

Envoi vers un psychothérapeute, 20, 24
 Ergothérapie, 211
 Escompte, 204
 État limite, 94, 152
 Étayage, 23, 60
 Éthique, 30
 Évolution, 192
 Exclus, 212
 Expectation, 170
 Expérience émotionnelle correctrice, 48
 Expert, 151

F

Familiale (problématique), 19
 Famille, 172
 Fantasma, 48, 152, 207
 Filiation, 177
 – biologique, 191
 – de corps à corps, 179
 – délirante, 184
 – grille (de), 195
 – instituée, 180, 191
 – narcissique, 181, 191
 – singularités (de la), 195
 – symbolique, 180
 – traumatique, 184
 – troubles (de la), 184
 Flèche descendante, 122, 171
 Fraude, 205
 Frustration, 88, 93, 101, 152, 208, 216
 Fugue, 191
 – amnésique, 190

G

Gémellité, 185
 Généalogie, 182
 Générations, 195
 Génétique, 179
 Gestalt inachevée, 138
 Gestalt-thérapie, 136, 138
 – champ, 87
 Gestion groupale, 98
 Gratification, 216
Gratification, 208
 Gratuité, 222
 Grossesse, 179

H

Héritage, 181

Herméneutique, 178
 Hétéronomie, 181
 Histoire, 47
 – institutionnelle, 98
 – personnelle, 31, 98
 Honoraires, 203
 – dépassements (d'), 210
 Hyperactivité, 40
 Hypochondriaque, 38
 Hypothèse
 – d'une psychogenèse, 12
 – organiciste, 12
 Hystérie de conversion, 178
 Hystérisation, 56, 93

I

Iatrogénie, 21
 Idéal du moi, 31
 Idéalisation, 97
 Idée
 – délirante, 182
 – fixe, 44
 – prévalente, 44
 Identification, 34, 40
 – projective, 164
 Identique, 191
 Identité, 178, 183
 – troubles (de l'), 186
 – troubles délirants (de l'), 186
 Illusion de Fregoli, 185
 Image maternelle, 179
 Imaginaire, 179, 181
 Imagos parentales, 95
 Imbroglio psychosomatique, 12
 Imitation, 192
 Immortalité, 182
 – fantasme (d'), 192
 Impulsivité, 94
 Inceste, 96
 Incestuel, 41, 102, 163
 Induction, 170
 Information, 205
Insight, 96
 Institution, 179, 180
 Intégration, 100
 Intelligence artificielle, 192
 Intentionnalité, 137
 Interprétation, 152, 154
 Invariants, 167

J

Jeux de rôle, 99

Jumeaux, 191

L

Langage, 171, 180

– corporel, 57

Léthalité, 174, 175

Libido, 206

Libre association d'idées, 152

Linguistique, 19, 195

Lit de Procuste, 1

Logoclonie, 44

Loi HPST (« hôpital, patient, santé, territoire »), 209

M

Maladie psychique, 15

Manipulation, 90, 155

Masochisme moral, 94

Mécanisme de défense, 15, 154

– projectif, 30

Médiation verbale, 171

Méditation thérapeutique, 61

Mélancolie, 57

Même, 191

Méméplexes, 192

Mémétique, 192

Mémoire, 189

Mentisme obsédant, 44

Métacommunication, 172

Métaphore, 137, 178

Métaphorisation, 90

Méthodes

– comportementales, 60

– psycho-éducatives, 98

Meurtre, 185, 192

Mindfulness therapy, 61

Miroir, 49

Monétique, 222

Monnaie, 200

– de papier, 204

– d'État, 203

– fiduciaire, 204

– informatique, 204

– monétique, 204

– numérique, 204

– pièces (de), 203

– scripturale, 204

– virtuelle, 204

Motivation, 31, 166, 208

N

Narcissisme, 18, 32, 93, 154, 182, 185, 202, 208

Néolithique, 203

Neurobiologie, 70

Neurosciences, 192

– cognitives, 187

O

Objectal, 208

Objet

– asymbolique, 208

– interne, 152

– omnisymbolique, 208

– partiel, 207

– transactionnel, 207

Œdipe inversé, 94

Ontologie, 137

Or, 203

P

Palilalie, 44

Paradoxe, 45

Paraphrase, 32

Parentification, 91

Parents combinés, 95

Parthénogenèse, 182, 191

Passage à l'acte, 94

Pathologie

– hystérique, 57

– psychosomatique, 57, 137

– transculturelle, 58

Pécule, 211

Pédagogie, 136

Pensées automatiques, 123

Période œdipienne, 16

Persécution, 180

Personnalité, 31, 41, 183

– limite, 212

– troubles (de la), 162

Perversion, 94

Petite psychothérapie, 59

Plainte, 23, 32, 37, 42

Potlatch, 201

Préhistoire, 200

Prescription

– de symptômes, 91

- médicamenteuse, 45
- Présence tierce, 32, 49
- Principe de causalité, 182
- Prise en charge familiale, 61
- Processus, 22
 - automatiques, 170
 - inconscients, 13
 - interrelationnels, 172
 - intrapsychiques, 171
 - primaire, 170
 - psychothérapeutiques, 18
 - secondaire, 170
- Procréation médicalement assistée (PMA), 179
- Projection, 28, 57
- Prosopagnosie, 187
- Proxémie*, 14
- Psychanalyse, 16, 151, 178, 199, 205
- Psychologie
 - du *self*, 70
 - médicale, 57, 58
- Psychométrie, 72
- Psychose, 31
 - de type I, 196
 - de type II, 196
 - puerpérale, 182, 185
- Psychothérapie
 - *BASIC IDEA*, 96
 - cognitive, 165
 - – émotivo-rationnelle (PCER), 61
 - comportementale, 96
 - critères d'indication, 160
 - de couple, 27, 29
 - de l'*ACT* (*acceptance and commitment therapy*), 61
 - de la pleine conscience, 61
 - de type 2, 7, 22, 23, 59, 165
 - de type 3, 23
 - demande, 27
 - d'inspiration psychanalytique (PIP), 60
 - d'orientation psychanalytique (POP), 60
 - éclectique, 62, 98
 - facteurs communs, 31, 48, 100, 125, 139, 155
 - familiale, 49
 - – systémique, 96
 - indication, 17, 27, 96, 160
 - individuelle, 33, 96, 103

- institutionnelle, 96, 103, 165, 208, 211
- intégrative, 98
- préintention, 31
- préparation, 31
- psychanalytique, 96
- rationnelle éclectique, 165
- systémique stratégique, 90
- Puerpéralité, 178, 182, 185
- Pulsion
 - de mort, 206

Q

- Quatre « R » (technique des), 124
- Questionnement socratique, 32, 122
 - dialogue, 86
- Questionnement socratique*, 123

R

- Rapport collaboratif, 86
- Réactance, 13
- Réaction thérapeutique négative (RTN), 193
- Réalité, 152
- Recadrage, 98
- Rechute, 99
- Réel, 179
- Reflet, 32
- Régression, 56, 60, 93
 - maligne, 99
- Régulation émotionnelle, 152
- Réhospitalisations
 - alternantes, 98
 - séquentielles, 98
- Relation, 94
 - d'objet, 202
 - – intériorisée (ROI), 94
 - incestuelle, 172
 - thérapeutique, 170, 199
- Relaxation, 40, 60
- Remémoration, 48
- Renforcement*, 172
 - *négatif*, 213
 - *positif*, 213
- Répétition, 47, 97, 153
- Résistance, 13, 152, 193
- Résolution de problèmes, 15
- Résonance, 90, 172
- Respect inconditionnel, 32
- Résumé, 32

Rétroaction biologique, 61

Rêve, 165

S

Sacrifice, 202, 205

– financier, 209

– – mythe (du), 205

Scène primitive, 95

Schémas de pensée, 122, 123

Schizophrénie, 44, 187, 195, 212

SECCA (grille), 162

Silence, 45, 152, 171

Soliloque, 44

Somalcoolose, 162

Somatisation, 56

Soutien, 23, 42

Stratégies, 91

Stress (facteurs de), 55

Structures de soins, 209

Subjectivité, 137

Suggestion, 122, 170

Suicide, 38, 166, 173, 185

– crise suicidaire, 174

– idées suicidaires, 174

– potentiel suicidaire, 162, 165

– risque suicidaire, 155

– tentatives (de), 99, 102, 122

Supervision, 27, 28, 33

Surpoids, 38

Symbolique, 179

Symbolisation, 200, 201, 203, 205, 206

Sympathie, 74

Symptômes

– corporels, 56

– fonctionnels, 102

– névrotiques somatoformes, 102

Synchronie, 196

Syndrome, 101

– de Capgras, 185

– dépressif, 162

– – chronique pharmaco-résistant, 101

Système, 90

– libéral, 209

– public, 209

Système

– *tersifié*, 209

Systémie, 172, 192

T

Tact, 69

Techniques

– comportementales, 98

– compréhension psychodynamique, 98

Télépathie, 182

Témoin, 33

Temps partiel, 99

Théorie

– de la psychologie

des groupes, 137

– psychanalytique, 196

– schéma cognitif, 196

– systémique, 196

– transgénérationnelle, 196

Thérapeute, 13

Thérapie

– cognitive, 86, 122

– comportementale, 86, 122

– de groupe, 89, 138

– individuelle, 28

Totalitaire, 192

Toxicomanie, 212

Transfert, 17, 48, 96, 152

– négatif, 166

– positif, 69

Transgénérationnel, 173, 182

– trauma, 185

Transition, 20

Transthéorique, 34

Traumatisme, 55

Triangulation, 16

Troc, 202

Troubles

– de la personnalité

multiple, 187

– dissociatifs, 187

– psychosomatiques, 12

– somatoformes, 57

Tutelle, 217

V

Valeur, 205

Vécus infantiles, 153

Verbalisation, 137

Vérification, 193

Vignette clinique, 46

Index des noms propres

A

Abraham (Bible), 202
Abraham (Nicolas), 182
Ajuriaguerra (Julian de), 60
Atrides, 182, 184

B

Binswanger (Ludwig), 137
Brentano (Franz), 137
Breuer (Josef), 205

C

Charcot (Jean-Martin), 205
Cicéron, 180
Cook (James), 203
Cyrus, 210

D

Démocrite, 76
Descartes (René), 137
Durkheim (Émile), 181, 201

G

Gaius, 180
Georgieff (Nicolas), 166

H

Hall (Edward T.), 13, 14
Hauriou (Maurice), 180
Heidegger (Martin), 137
Hippocrate, 18, 210

J

Janet (Pierre), 44, 170
Junon, 200
Jupiter, 201
Justinien I^{er}, 180

K

Kato (Satoshi), 191
Kennedy (John Fitzgerald), 184

Krafft-Ebing (Richard von), 202

L

Labdacides, 182
Law (John), 204
Lewin (Kurt), 137
Louis XVI, 184
Lyssenko (Trofim Denissovitch), 182

M

Merleau-Ponty (Maurice), 71
Maisondieu (Jean), 43
Montesquieu (Charles de Secondat, baron de la Brède et de), 181
Moreno (Jacob), 138

N

Narcisse, 18, 202
Nicolas II, 184

O

Œdipe, 60, 173, 182, 196, 207

P

Pavlov (Ivan Petrovitch), 212
Périclès, 201
Piaget (Jean), 207
Pinel (Philippe), 214
Platon, 137
Procuste, 1, 225
Pyrrhon, 68, 75

R

Reich (Wilhelm), 137
Rousseau (Henri, dit le Douanier), 84

S

Sapir (Michel), 60
Sartre (Jean-Paul), 89
Saussure (Ferdinand de), 19
Scheler (Max), 69
Schultz (Johannes Heinrich), 40, 60

Sextus Empiricus, 68, 75

Skinner (Burrhus Frederic), 213

Socrate, 123

T

Thésée, 1

Thorndike (Edward), 213

Török (Mária), 182

V

Vischer (Friedrich Theodor), 68

Y

Young (Jeffrey E.), 169, 172

474148 – (1) – (1,1) – OSB 80

Elsevier Masson S.A.S
62, rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux cedex
Dépot légal : mars 2014

Photocomposition : Thomson Digital (Mauritius) Ltd

Imprimé en Pologne par Dimograf